



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**FACTORES ASOCIADOS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL
EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD “SAN CARLOS”
DISTRITO COMAS, PERÍODO MAYO - JULIO, 2015”**

TESIS PRESENTADO POR:

BACHILLER, ADRIANA ESTHER ESPINOZA QUISPE

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

LIMA, 2015

INDICE

	Pág.
CARATULA	I
PÁGINAS PRELIMINARES	II
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO I: PLANEAMIENTO METODOLÓGICO	10
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	10
1.2 Delimitación de la Investigación	12
1.3 Formulación del Problema	13
1.3.1 Problema Principal	13
1.3.2 Problema Secundarios	13
1.4 Objetivos de la Investigación	13
1.4.1 Objetivo General	13
1.4.2 Objetivos Específicos	13
1.5 Hipótesis de Investigación	14
1.5.1 Hipótesis General	14
1.5.2 Hipótesis Secundarias	14
1.5.3 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores	15
1.6 Diseño de la Investigación	16
1.6.1 Tipos de Investigación	16
1.6.2 Nivel de Investigación	16
1.6.3 Método	16
1.7 Población y Muestra de la Investigación	16
1.7.1 Población	16
1.7.2 Muestra	16
1.8 Técnicas e Instrumentación de la Recolección de Datos	17
1.8.1 Técnicas	17
1.8.2 Instrumentos	17

1.9 Justificación e Importancia de la Investigación	18
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	20
2.1 Antecedentes de la Investigación	20
2.2 Bases teóricas	25
2.3 Definición de Términos Básicos	32
CAPITULO III: PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	34
CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	58
4.1 Conclusiones	58
4.2 Recomendaciones	59
FUENTES DE INFORMACIÓN	60
ANEXOS	63
Anexo N°1: Matriz de Consistencia	64
Anexo N°2: Consentimiento Informado	65
Anexo N°3: Ficha de recolección de datos	66
Anexo N°4: Cuestionario para determinar los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal	67

Dedico a:

A mi madre, por su paciencia, por su apoyo incondicional y por ser mi ejemplo de esfuerzo y perseverancia, ella fue mi motivación a luchar desde el primer momento que decidí empezar la carrera hasta al final.

Agradezco a:

A mi asesora, por su apoyo desinteresado y por su valioso asesoramiento en la realización del presente trabajo.

A mis docentes quienes me formaron académicamente y se preocuparon para que mi desempeño sea el mejor.

A la obstetra que labora en el Puesto de Salud “San Carlos”, por la facilidad y el apoyo que me brindaron en la recolección de los datos.

A las gestantes del Puesto de Salud “San Carlos” quienes participaron voluntariamente en este estudio.

RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **objetivo** de determinar los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Puesto de Salud "San Carlos" distrito Comas, período mayo - julio 2015.

Material y métodos: El estudio fue de tipo descriptivo, prospectivo y transversal de nivel aplicativo, en el que participaron 95 gestantes que iniciaron tardíamente su atención prenatal. Para el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias y porcentajes. Los **resultados** fueron: los factores personales asociados al inicio tardío de la atención prenatal son: el desconocimiento de estar gestando (90.5%), no tener quien cuide a los hijos (67.4%), los problemas económicos (62.1%) y laborar durante el embarazo (53.7%). Los factores familiares asociados al inicio tardío de la atención prenatal son: la presencia de problemas familiares que retrasan la atención prenatal en el 80%, la relación inapropiada con la pareja en el 75.8%, la falta de apoyo emocional de la pareja para iniciar la atención prenatal en el 73.7% y el poco interés de la pareja por acompañar a la atención prenatal en 70.5%. Los factores institucionales asociados al inicio tardío de la atención prenatal son: el trato y atención inadecuada del personal administrativo en el 94.7%, el horario de atención incompatible con el tiempo de la gestante en el 88.4%, el difícil acceso a la consulta prenatal en el 76.8%, el inadecuado tiempo de espera para el inicio de la consulta en el 58.9%; y los trámites institucionales en el 55.8%. Las **conclusiones** a las que se llegó son: Los principales factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes son: el trato y forma de atención inadecuada del personal administrativo, el desconocimiento de estar gestando, el horario de atención incompatible con el tiempo de la gestante, la presencia de algún problema familiar, el difícil acceso a la consulta prenatal por las largas colas en admisión para sacar una cita, la relación inapropiada con la pareja y la falta de apoyo emocional de la pareja para la atención prenatal.

ABSTRACT

This study was planned with the **objective** to determine the factors associated with late entry into prenatal care in pregnant women at the Health Post "San Carlos" Comas district, period May to July 2015. **Material and methods:** The study was descriptive, prospective and transversal level application, which was attended 95 pregnant women who began prenatal care late. For the descriptive analysis frequencies and percentages were used. The **results** were: ignorance to be brewing (90.5%), no child care for the children (67.4%) the economic problems (62.1%) and labor during pregnancy (53.7%). Family factors associated with late entry into prenatal care are: the influence of the family to delay prenatal care in 80%, the inappropriate relationship with the couple at 75.8%the lack of emotional support from partner to start prenatal care in 73.7% and little interest the couple to accompany prenatal care in 70.5%. The institutional factors associated with late entry into prenatal care are the bad treatment and care personnel 94.7% care schedule incompatible with the time of the mother in 88.4%, the non-poor access to prenatal care in the 76.8%, inadequate wait time for the start of the consultation 58.9%; and institutional arrangements in 55.8%. The **conclusions** that were reached are, the main factors associated with late entry into prenatal care in pregnant women are: the form of inadequate treatment and care of the administrative staff, the ignorance be brewing , attention schedule incompatible with the time of the mother , the presence of some family problem , poor access to prenatal care by the long lines at admission make an appointment , inappropriate relationship with partner and lack of emotional support from partner to prenatal care.

INTRODUCCIÓN

Las atenciones prenatales durante el embarazo representan una de las principales estrategias para mantener en óptimas condiciones la salud del binomio Madre-Niño. Se trata de un sistema de consulta que evalúa la progresión normal del embarazo y descubre de manera oportuna a través de la clínica, el laboratorio y la ecografía la aparición de problemas maternos y/o fetales que podrían presentarse, de tal manera que se pueda reducir la morbimortalidad materno-perinatal. Dentro de las características de esta estrategia destaca que la gestante acuda a la primera atención prenatal en los primeros meses de gestación, es decir antes de las 14 semanas, pues es el periodo donde se puede establecer de manera temprana cualquier problema o antecedente, que pueda comprometer la salud de la paciente; sin embargo se ha observado en varias instituciones de salud tanto a nivel nacional como internacional que existe una gran proporción de pacientes que acude de manera tardía a iniciar el control prenatal, atribuyendo que es por problemas económicos, razones laborales, desconocimiento del embarazo, etc.; lo cual no debería ocurrir pues la asistencia continua a estas consultas otorgan efectos positivos en las gestantes.

La situación que se vive en el Puesto de Salud “San Carlos” no es distinta, puesto que se ha evidenciado que un número considerable de pacientes acude, a partir del cuarto mes, a iniciar la atención prenatal, por diversas razones; por ello, con el presente estudio se buscó determinar los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes atendidas en el Puesto de Salud “San Carlos” del distrito de Comas durante los meses de mayo a julio del año 2015, de tal manera que se pueda obtener datos objetivos y reales de lo observado, para plantear mejoras destinadas a las gestantes, así como, motivar a la realización de otras investigaciones referentes a la atención prenatal.

El presente estudio ha sido organizado de la siguiente manera:

En primer lugar, se realizó el planeamiento metodológico, examinando la situación problemática sobre la asistencia a la atención prenatal y la manera como inician el sistema de consultas, tanto a nivel nacional y en otros países, como en el Puesto de Salud “San Carlos”. Se establecieron los objetivos siendo dimensionados en: factores personales, factores familiares y factores institucionales; se diseñó el estudio siendo de tipo descriptivo, de corte transversal, con nivel aplicativo, la muestra de estudio abarcó 95 gestantes que iniciaron tardíamente su atención prenatal, las cuales llenaron una ficha de recolección de datos, que recabó información general y un cuestionario, que recolectó información sobre el inicio tardío de la atención prenatal. Por último se explicó la importancia del estudio.

En segundo lugar, se expuso los fundamentos teóricos que respaldan el estudio como antecedentes y bases teóricas, información necesaria que permitió definir las variables del estudio.

En tercer lugar, se analizaron e interpretaron los resultados de acuerdo a las dimensiones establecidas, siendo contrastados con otros estudios para evaluar las diferencias y semejanzas.

Finalmente, se establecieron las conclusiones de acuerdo a los objetivos del estudio, lo cual permitió emitir recomendaciones que ayuden a mejorar la situación del Puesto de Salud “San Carlos”.

CAPITULO I

PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 Descripción de la Realidad problemática

Los cuidados prenatales forman parte de las diversas gestiones que involucran una serie de visitas por parte de la gestante al establecimiento de salud¹, ello es realizado con la finalidad de supervisar el avance de la evolución del embarazo, preservando la salud tanto de la madre como del niño. Existen investigaciones que han podido demostrar que las atenciones durante la gestación contribuyen a descender la mortalidad materna y perinatal, evidenciándose un efecto positivo tanto en países altamente desarrollados como en aquellos que están en vías de desarrollo, donde la mortalidad materna se encuentra en descenso, ejemplo claro son países como Perú (de 250 a 89 por cada 100.00) y Brasil (de 120 muertes a 69 por cada 100.00)².

En países desarrollados como Cuba, Canadá y Estados Unidos la concurrencia de las gestantes a consulta es muy elevada, es decir la asistencia oscila entre un 75% a 95%, sin embargo, en países como África, Asia y Latinoamérica, la realidad es distinta, puesto que las gestantes no reciben atención prenatal en un 35% y el 65% de las gestantes que acude lo realiza tardíamente, siendo los factores causales

variados, ocasionando un retraso en la salud materna, lo cual es considerado un problema de salud pública³.

En el Perú, a la atención prenatal (APN) se le considera como uno de los pilares de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. El Ministerio de Salud (MINSA) la conceptualiza como "la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud con el objetivo de lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre"¹

Así pues la APN se refiere al conjunto de acciones sanitarias, sistemáticas y periódicas de las que son objetos las embarazadas durante el periodo de la gestación, destinado a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los componentes que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal⁴.

En nuestro medio según el ENDES 2012, el 98.4% de las mujeres asistieron a la atención prenatal, encontrándose un incremento respecto al ENDES 2009 (94.5%); cabe resaltar que la primera visita de atención prenatal debe realizarse tempranamente, para detectar situaciones que podrían llevar a mayor riesgo durante periodos posteriores del embarazo y el parto, sin embargo se ha observado que el 17% y el 5.6% de las gestantes acude al control prenatal a los 4 y 6 meses respectivamente, frecuencias que a pesar de ser relativamente bajas, son preocupantes ya que en una consulta prenatal oportuna se pueden detectar diferentes alteraciones fetales e incluso problemas maternos que pueden ser tratados oportunamente⁵.

Este problema no difiere de lo observado en diversos establecimientos de Salud; un ejemplo claro se encuentra en el Puesto de Salud San Carlos, donde se ha evidenciado que las gestantes que acceden a las atenciones prenatales, no lo realizan en sus inicios, es decir muchas veces acuden a consulta después de los 4 meses de gestación e incluso la periodicidad

de la asistencia no es la correcta; entre las causas evaluadas se encuentran la edad, los bajos ingresos de la paciente, las barreras financieras, la pareja, el desconocimiento de un embarazo, el no contar con seguro, etc.

Asimismo, las usuarias han revelado que la atención prenatal tradicional, orientada a un interrogatorio y examen físico esquematizado, es un manejo rutinario que ha sido generalizado entre las gestantes y ha originado en varias ocasiones un retraso para decidir empezar una atención oportuna, debido a la insatisfacción de las pacientes; todo ello ha sido verbalizado por la paciente pero no evaluado de forma objetiva ni estudiado a profundidad, existiendo evidencia escasa sobre estos factores determinantes, por lo que es perentorio realizar estudios enfocados a la atención prenatal de inicio tardío, donde se involucre la participación de la comunidad de gestantes que acude tardíamente a estos controles, con el fin de probar si los factores anteriormente mencionados fueron causales para la demora de la consulta o si existen otros determinantes que aún no han sido hallados ni estudiados, a fin de establecer estrategias preventivas en este grupo poblacional y reforzar la toma de decisiones oportunas en las gestantes.

1.2 Delimitación de la Investigación

Delimitación Espacial: el estudio fue realizado en el servicio de obstetricia del Puesto de salud San Carlos, ubicado en el distrito de Comas.

Delimitación Temporal: el presente estudio se realizó entre los meses de mayo a julio del año 2015.

Delimitación Social: el estudio se enfocó a las gestantes que acuden por primera vez al control prenatal.

1.3 Problema de Investigación

1.3.1 Problema Principal

¿Cuáles son los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Puesto de Salud “San Carlos”, distrito Comas, período mayo - julio 2015?

1.3.2 Problemas secundarios

¿Cuáles son los factores personales asociados al inicio tardío de la atención prenatal?

¿Cuáles son los factores familiares asociados al inicio tardío de la atención prenatal?

¿Cuáles son los factores institucionales asociados al inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes?

1.4 Objetivos de la Investigación

1.4.1 Objetivo General

Determinar los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Puesto de Salud “San Carlos” distrito Comas, período mayo - julio 2015.

1.4.2 Objetivos Específicos

Identificar los factores personales asociados al inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes.

Identificar los factores familiares asociados al inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes.

Identificar los factores institucionales asociados al inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes.

1.5 Hipótesis y variables de Investigación

1.5.1 Hipótesis General

No hay hipótesis general por ser un estudio descriptivo.

1.5.2 Hipótesis Secundarias

No hay hipótesis específicas por ser un estudio descriptivo.

1.5.3 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores

Variable 1: Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal.

VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
FACTORES ASOCIADOS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL	PERSONALES	Desconocimiento de estar gestando
		Víctima de violencia
		Problema de salud
		Problema económico
		Situación laboral
		Cuidado de los hijos
		Experiencia negativa en consulta
		Importancia del control prenatal
	FAMILIARES	Presencia de problemas familiares
		Falta de Apoyo familiar
		Relación inapropiada con la pareja
		Falta de Apoyo emocional de la pareja
		Poco Interés de la pareja por acompañar a la atención prenatal
		Entorno familiar no acepta el embarazo
	INSTITUCIONALES	Costo de la consulta
		Difícil acceso a la consulta prenatal por largas colas.
		Poco Acceso al establecimiento de salud.
		Horario de atención. inadecuado
		Trámites (admisión, seguro) engorrosos
		Trato y atención inadecuada del personal administrativo
		Infraestructura inadecuada.
Largo tiempo de espera para la atención		

1.6 Diseño de la investigación

1.6.1 Tipo de Investigación

El estudio fue descriptivo porque se describieron los hechos en relación al problema, prospectivo porque se recolectó y ordenó la información a medida que ocurría el fenómeno, de corte transversal, porque la medición de los datos se dio en un momento determinado.

1.6.2 Nivel de Investigación

Fue de nivel aplicativo puesto que se encontró dentro de las ciencias médicas y se buscó ampliar el conocimiento sobre los diversos factores que se encuentren asociados al inicio tardío de la atención prenatal.

1.6.3 Método

El método fue cuantitativo puesto que se usó la recolección de datos y el procesamiento respectivo para obtener los datos.

1.7 Población y Muestra de la Investigación

1.7.1 Población

La población total estuvo conformada por 98 gestantes que iniciaron tardíamente su atención prenatal.

1.7.2 Muestra

No hubo muestra se estudió al 100% de la población sujeto de estudio.

Criterios de selección de la muestra:

- Criterios de Inclusión

- ❖ Gestantes de 14 semanas o mayor a 14 semanas que acuden por primera vez a su control prenatal.

- ❖ Gestante que inicia su atención prenatal en el establecimiento de salud.
- ❖ Gestante sin presencia de complicaciones (aborto, hiperémesis, etc.)

- **Criterios de Exclusión**

- ❖ Gestante de menos de 14 semanas de gestación que acude por primera vez a su control prenatal.
- ❖ Gestantes que no deseen participar en la encuesta.
- ❖ Gestantes que no terminen de completar la encuesta.
- ❖ Gestante con trastorno psiquiátrico.

1.8 Técnicas e Instrumentación de la Recolección de Datos

1.8.1 Técnicas

La técnica fue la entrevista realizada a todas las gestantes que asistían por primera vez en el Puesto de Salud San Carlos y que cumplían con los criterios de selección. Las gestantes fueron abordadas en el consultorio de Obstetricia del P.S. San Carlos durante el horario de 8.00 am a 2.00 pm por un periodo de 3 meses (mayo, junio y julio 2015). La realización de la encuesta tuvo una duración promedio de 15 minutos por cada gestante.

1.8.2 Instrumentos

El instrumento utilizado fue elaborado con las siguientes características:

Una ficha de recolección de datos donde se recabó información sociodemográfica de las gestantes, el cual consta de 16 preguntas.

Un cuestionario donde se recolectó información personal (8 preguntas), familiar (6 preguntas) e institucional (8 preguntas), teniendo en total 22 preguntas cuyas alternativas de respuestas serán “Si” y “No”, para poder identificar los factores asociados.

La construcción de este instrumento, se basó principalmente en las variables del presente estudio y fue validado por tres expertos en el tema.

Validación del instrumento: Se dio a través del juicio de expertos, con la colaboración de 3 profesionales, los cuales coincidieron en que todas las preguntas propuestas son favorables para el desarrollo de la investigación.

Al realizar la prueba binomial mediante la calificación emitida por los expertos, se obtuvo como resultado la evidencia estadísticamente significativa para afirmar que hay concordancia favorable respecto a la validez del instrumento ($p=0.031$).

Análisis de los datos: Los datos fueron ingresados a una base de datos que fue elaborada en el programa SPSS v.21, para su análisis y procesamiento. Para el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias y porcentajes.

1.9 Justificación e importancia de la investigación

La maternidad saludable es un factor fundamental en el proceso de la salud reproductiva, básicamente, porque el embarazo, el parto y el posparto se convierten en razones primordiales de incapacidad y fallecimiento de mujeres, que viven en países en vías de desarrollo. Si bien la presencia de las complicaciones durante el embarazo es una posibilidad latente durante este período, aquellas mujeres que no han recibido una Atención Prenatal (APN) adecuada se exponen a que tales complicaciones no se detecten o no sean tratadas a tiempo, y de suceder esto, se podrían generar graves problemas tanto para la madre como para el feto.

La atención prenatal para la mujer embarazada es importante porque constituye una herramienta imprescindible para asegurar un embarazo sin problemas, puesto que no solamente se puede vigilar la evolución del embarazo sino preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo, por ello es trascendental que se inicie el control prenatal cuando la mujer reconozca que está embarazada.

En general el profesional obstetra es el encargado de velar por el cuidado de la salud reproductiva de las personas, especialmente de la mujer, y por lo tanto es el responsable inmediato de concientizar, a través de una serie de estrategias innovadoras, para que las gestantes acudan oportunamente al cumplimiento en su totalidad de la APN. Por ser importante el control prenatal al inicio del embarazo, el presente estudio permitió determinar los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al consultorio de obstetricia, de tal manera que los resultados sirvan para que las autoridades del mencionado establecimiento puedan plantear estrategias de trabajo con la finalidad de establecer acciones orientadas a promover que la atención prenatal de las mujeres gestantes se inicie precozmente.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

Cresswell J, Yu G, Hatherall B, Morris J, Jamal F, Harden A, et al. Realizaron un estudio en Londres-Inglaterra, en el año 2013 titulado “Predictores de la fecha de inicio de la atención prenatal en una cohorte urbana étnicamente diversa en el Reino Unido” con el **objetivo** de identificar los factores predictores de inicio tardío de la atención prenatal en una cohorte de diversidad étnica en el este de Londres. **Material y Método:** Análisis transversal de los datos de registro electrónico en pacientes recogidos rutinariamente del Newham Hospital Universitario NHS Trust (NUHT). Obteniendo como **resultados** que el inicio tardío de la atención prenatal se asoció con la etnicidad no británica (blanco), incapacidad para hablar inglés, edad materna menor de 20 años (OR: 1.32; IC del 95%: 1.13 a 1.54), alta paridad (OR: 2,09; IC del 95%: 1.77 a 2.46) y vivir en alojamientos temporales (OR: 1.71; 95 % IC: 1.35 a 2.16)⁶.

Córdoba R., Escobar L. y Guzmán L. en su estudio desarrollado en gestantes inscritas al control prenatal de la ESE San Sebastián de La Plata, Huila, en el año 2012 que llevó por título “Factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián de La Plata, Huila” 2012 tuvieron como **objetivo** determinar los factores asociados

a la inasistencia al control prenatal durante el primer trimestre La Plata, Huila” 2012 tuvieron como **objetivo** determinar los factores asociados a la inasistencia al control prenatal durante el primer trimestre. **Material y Método:** El estudio fue de tipo analítico de casos y controles, el cual se basó en la revisión de historias clínicas de las gestantes que acudieron al programa de control prenatal antes y después del primer trimestre de gestación en el periodo comprendido entre septiembre-diciembre del establecimiento de salud. Para la realización del estudio se analizaron 139 casos de gestantes con inicio tardío de los controles prenatales y 149 controles. Se obtuvo como **resultados** que las edades de las gestantes que acudieron al control prenatal oscilaron entre los 14 y 45 años. Referente al régimen de afiliación al sistema de salud, se determinó que la mayoría de las gestantes (77.1%) pertenecía al régimen subsidiado. En cuanto al nivel educativo de las gestantes, el 57.6% tuvo un nivel primaria completa. Al analizar los factores asociados a este inicio tardío, se logró determinar que la edad < de 20 años fue considerado de riesgo ($p=0.015$, $OR=1.94$), al igual que el nivel de instrucción de primaria completa ($p=0.015$, $OR= 1.85$), sin embargo el nivel de instrucción de secundaria completa fue considerado factor protector ($p=0.004$, $OR=0.39$). Al analizar los riesgos gineco-obstétricos, se observó que embarazos previos de 4 a 6 y el número de hijos previos de 4 a 6 fueron considerados factores de riesgo ($p=0.011$ $OR=2.51$; $p=0.017$, $OR=2.73$ respectivamente). **Conclusión:** Los principales factores asociados con el inicio tardío del control prenatal después del primer trimestre son embarazo en adolescente, bajo nivel educativo; mujeres con 4 a 6 embarazos o hijos previos².

Beeckman K, Louckx F y Putman K. efectuaron un estudio en Bélgica en el año 2011 titulado “Factores predisponentes, facilitadores y determinantes del embarazo relacionados con el inicio tardío de la atención prenatal”, con el **objetivo** de analizar los factores predisponentes, facilitadores y determinantes del embarazo relacionados con el inicio tardío de la atención prenatal. **Material y Métodos:** El estudio fue de tipo observacional prospectivo, que incluyó a 333 gestantes que fueron reclutadas consecutivamente al comienzo de la atención prenatal. Obteniendo como **resultados** que el inicio tardío de la atención

prenatal se asoció con la inactividad en el mercado laboral, el origen no europeo, los bajos ingresos económicos, la recepción de las prestaciones sociales, no tener un obstetra regular y con dificultades para conseguir una primera cita⁷.

Arispe C., Salgado M., Tang G. y Rojas J. realizaron una investigación en Lima-Perú en el año 2011, titulada “Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia”, con el **objetivo** de determinar la frecuencia de pacientes con control prenatal (CPN) inadecuado y los factores asociados a esta asistencia inadecuada. **Material y Método:** El estudio fue de tipo descriptivo transversal, entrevistándose a 384 puérperas del Hospital Nacional Cayetano Heredia, siendo los **resultados** obtenidos que el 66.05% recibió de 6 a más controles prenatales y sólo el 7.36% tuvo CPN adecuado. El 37.8% de las puérperas tuvo su primer CPN antes de las 12 semanas de gestación y el 63% lo hizo antes del cuarto mes de gestación. Entre los factores asociados se encontró diferencia estadísticamente significativa en la paridad y el ser primigesta, es decir, la paridad mayor a 2 se asoció a un control prenatal inadecuado ($p=0.02$), mientras que el ser primigesta se asocia a un control prenatal adecuado ($p=0.004$). **Conclusión:** El CPN inadecuado se asoció con una paridad mayor a 2 y gestación no planificada⁸.

Moya D., Guiza I. y Mora M. realizaron un estudio en el año 2010 en Colombia, titulado “Ingreso temprano al control prenatal en una Unidad Materno Infantil”, cuyo **objetivo** fue identificar las barreras de acceso y adherencia para el ingreso temprano al control prenatal. **Material y Método:** Estudio descriptivo de corte transversal, teniendo para ello una cantidad de 160 gestantes que asistieron al control prenatal. Se obtuvo como **resultados** que la edad materna fue de 24 años (con edades entre 14-40 años), la mayoría con estado civil soltera (36%), secundaria completa (56%) y con ocupación ama de casa (68%). El 41% de las gestantes son primigestas y el 47% planificaron su embarazo. La distancia entre el centro de salud donde reciben atención y la vivienda es entre 15-35 minutos en la mayor parte (36%). El 48% de los padres cónyuges parejas o responsables de embarazo asisten o acompañan al control prenatal.

Las madres que son acompañadas por sus parejas posiblemente experimentan mayor apoyo, cuidado, mejor relación y participación. De las pacientes encuestadas, el 31% inicio su control prenatal en el primer mes de embarazo, el 32% en el segundo mes, el 18% en el tercer mes, el 7% en el cuarto mes y el 12% en el quinto mes o más ⁹.

Sunil T., Spears W., Hook L., Castillo J. y Torres C. en el año 2010 en Estados Unidos realizaron un estudio titulado “Iniciación y barreras para el uso de la atención prenatal entre las mujeres de bajos ingresos en San Antonio, Texas”, con el **objetivo:** Comprender las barreras para la atención prenatal así como los factores que afectan el inicio temprano de la atención entre las mujeres de bajos ingresos en la circunscripción referida. **Material y Métodos:** Se entrevistaron a 444 gestantes mediante una encuesta. Obteniendo como **resultados** que las mujeres menos educadas, que vivían solas (es decir, sin un compañero adulto o de su cónyuge), o que no habían planeado su embarazo fueron más propensas a iniciar tardíamente el control de atención prenatal. Las mujeres que inician control de atención prenatal al final del embarazo tienen las mayores probabilidades de reportar barreras relacionadas con la atención en salud. La mayoría de las mujeres en este estudio reportaron que fueron conscientes de la importancia del control prenatal, que sabían a dónde ir para atenderse durante el embarazo y que fueron capaces de pagar por el cuidado a través de la asistencia financiera, sin embargo, a pesar de esto, algunas no iniciaron el cuidado prenatal tempranamente. Esto establece claramente que el proceso de toma de decisiones respecto al control de atención prenatal es complejo ¹⁰.

Pécora A., San Martín M., Cantero A., Furfaro K., Jankovic P. y Llompert V. en el año 2008 en Argentina realizaron una investigación titulada “Control Prenatal Tardío ¿Barreras En El Sistema De Salud?”, cuyo **objetivo** fue determinar los principales factores por los cuales las embarazadas no concurren de manera precoz al control prenatal. **Material y Método:** El estudio fue observacional, transversal con un muestreo por conveniencia, y se realizó en 401 gestantes que asistieron a su primera consulta prenatal en el

consultorio de admisión del Hospital Materno Infantil “Ramón Sardá” durante los meses de septiembre-octubre del 2007. Se obtuvo como **resultados** que el 84% de las gestantes tuvieron edades comprendidas entre 18 y 45 años; procedentes de Argentina (48%), de las cuales el 61% provenía de la provincia de Buenos Aires, en cuanto al estado civil la mayoría de las gestantes fueron de Unión estable (68%) y el 39% tenía sólo estudios primarios. Respecto al tiempo de demora al centro de salud, la mayoría de las gestantes tardaba en llegar al establecimiento entre 2 a 4 horas (51%), en cuanto a la paridad el 47% fueron nulíparas y el 53% tuvo de uno a más partos o cesáreas. Por otra parte, el 76% no concurrió de manera precoz al control prenatal, iniciando el control en segundo o tercer trimestre. Entre los principales factores encontrados para la demora en acudir a la atención prenatal se encontró que el 33% no consiguió turno antes para la apertura de una historia clínica, el 19% realizó el primer control prenatal en otro centro de salud o establecimiento, el 13% tuvo razones laborales, el 11% tenía que atender a otros hijos, el 9% refiere que por la distancia no accedió tempranamente, otro 9% por desconocimiento y sólo el 6% por razones económicas. **Conclusión:** Las principales causas por las cuales las pacientes no acuden precozmente al control prenatal son las barreras en el sistema de salud¹¹.

Barrera Patricia, desarrolló un estudio en el año 2008 en Lima-Perú, titulado “Factores que influyen en el inicio de la atención prenatal de gestantes adolescentes atendidas en la consulta prenatal del Hospital Santa Rosa”, cuyo **objetivo** fue identificar los principales factores que influyen en el inicio de la atención prenatal de gestantes adolescentes atendidas en la consulta prenatal del Hospital Santa Rosa de octubre a diciembre del año referido. **Material y Métodos:** El estudio fue de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal; la muestra estuvo basada en 206 gestantes adolescentes seleccionadas de forma aleatoria. Obtuvieron entre los **resultados** que la edad promedio fue de 17.6 años, la mayoría de las gestantes acudió al control prenatal de forma temprana (54.4%) y entre los factores influyentes se encontró al núcleo familiar, donde dominó el estado civil de padres casados (41.3%), la buena comunicación de los padres (58.3%) y la pareja como acompañante en la

primera atención prenatal (38.3%). Para el factor pareja, se encontró predominancia del estado civil soltera (52.9%), pareja con nivel secundaria completa (50%), buena relación de pareja (83.9%) y la aceptación de la pareja al embarazo (93.2%). Referente al factor educacional, la secundaria completa (43.7%) y el conocimiento sobre la APN (50.5%) fueron los primordiales. En cuanto al factor socioeconómico, predominó ingreso económico del hogar entre los 550 - 1000 soles al mes (58,7%); y el apoyo económico de padres y pareja (55,8%). Para lo referente al factor psicológico, se observó embarazos no deseados (83%), y temor al informar a sus padres sobre su embarazo (81%), por último en el factor institucional, se encontró que más de la mitad de la muestra no tuvo problema para el acceso al hospital (52.9%)¹².

2.2 Bases teóricas

La atención prenatal es considerada un conjunto de actividades asistenciales, que involucra una serie de visitas programadas de parte de la embarazada a la institución o establecimiento de salud, con el objetivo de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido, prevenir complicaciones y proporcionar tratamiento ante algún riesgo^{13, 14}.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que el cuidado materno es una prioridad, ya que forma parte de las políticas públicas como estrategia para la optimización de los resultados de la gestación y prevención de la mortalidad materna y perinatal¹.

Las acciones básicas y primordiales que incluye la atención prenatal son la identificación del riesgo, la prevención y manejo de las enfermedades asociadas y propias de la gestación, la educación y la promoción en salud¹³.

Según la Organización Mundial de la Salud¹⁵, se establecen principios u objetivos básicos que buscan la atención integral de la usuaria, con el fin de disminuir la morbilidad materna y perinatal, entre ellos se encuentra:

- Facilitar el acceso de todas las gestantes a los servicios de salud para su atención.
- Promover el **inicio temprano** de la atención prenatal, siempre antes de las 8 semanas de gestación y la asistencia periódica de la gestante, hasta el momento del parto.
- Identificar tempranamente los factores de riesgo biopsicosociales y las enfermedades asociadas y propias en la gestante.
- Dar una atención integral a la mujer embarazada de acuerdo a sus condiciones de salud, articulando de manera efectiva los servicios y niveles de atención en salud de los que se disponga.
- Educar a la mujer gestante y su familia acerca del cuidado de la gestación, la atención del parto y del recién nacido, la lactancia materna y la planificación familiar.

La Organización Mundial de la Salud, basado en el modelo de atención prenatal para embarazos de bajo riesgo, clasificó a las mujeres gestantes en dos grupos: aquéllas elegibles para recibir el control prenatal de rutina (llamado componente básico) y aquéllas que necesitan cuidados especiales determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo; las cuales cuentan con un menor número de consultas¹⁴. Aunque la clasificación, no demostró mejorar los resultados, permitió considerar una nueva propuesta de clasificación en base a lo observado con el modelo¹. Actualmente, después de la propuesta del modelo anterior, se reformularon las pautas o criterios para definir la atención prenatal, considerando el cumplimiento de cuatro requisitos básicos como la atención oportuna, la frecuencia que debe ser periódica, completa y de amplia cobertura¹⁶.

La Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud, planteó 10 principios para el cuidado prenatal, los cuales deben ser aplicados tanto en el cuidado de la gestación, como en la atención de todos los nacimientos, siendo estos¹⁶:

Ser no-medicalizado; lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto a partir de la utilización de un conjunto mínimo de intervenciones y aplicando el menor nivel posible de tecnología.

Estar basado en el uso de tecnología apropiada; definiéndose como un conjunto de acciones que incluyen métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, aplicadas para resolver problemas específicos.

Estar basado en las evidencias; lo que significa ser avalado por la mejor evidencia científica disponible.

Estar regionalizado; basado en un sistema eficiente de referencia desde centros del primer nivel de atención hasta niveles de tercer nivel de atención.

Ser multidisciplinario; con la participación de profesionales de la salud como obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores, trabajadores sociales, etc.

Ser integral; es decir, que tenga en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y sus familias, y no solamente un cuidado biológico.

Centrado en la familia; dirigido a las necesidades de la mujer, su pareja y su hijo.

Ser apropiado; es decir, que tenga en cuenta las diferentes pautas culturales.

Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.

Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Estos principios deben aplicarse tanto en el cuidado del embarazo, como en la atención de todos los nacimientos.

Atención prenatal en el Perú

El ministerio de salud, ha establecido estrategias que refuercen la atención a la madre gestante, con la finalidad de optimizar la salud materna, formulándose para ello la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; según este programa, la atención prenatal se debe basar en estándares e indicadores, que permitan una atención de calidad eficiente y

oportuna, según los niveles de atención, como esté clasificado el establecimiento de salud. Dentro de estos estándares e indicadores se encuentra un punto importante a evaluar que es la atención prenatal.

Las características principales de la atención prenatal son denominadas como^{17, 18}:

- **Precoz:** ya que la primera visita debe efectuarse de forma temprana y oportuna, en lo posible durante el primer trimestre de la gestación (antes de las 14 semanas). Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control, asimismo, durante este tiempo se logrará la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto, la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso, en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir.
- **Periódico:** puesto que la frecuencia de los controles prenatales, varía según el grado de riesgo en la gestación.
 - Mensual cuando es hasta las 32 semanas de gestación.
 - Quincenal cuando es durante 32-36 semanas de gestación.
 - Semanal cuando abarca desde las 37 semanas de gestación hasta el final.
- **Integral:** debido a que los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
- **De amplia cobertura:** ya que el porcentaje de la población controlada, debe ser lo más extenso posible (lo ideal es que abarque a todas las gestantes) para que el impacto sea mayor, con la finalidad de disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.

En el Perú, de acuerdo con las guías de atención en los establecimientos de salud, las cuales están basadas en la Norma Técnica de Salud, la gestante

debe contar con un mínimo de 6 atenciones prenatales, organizadas de la siguiente manera ^{17, 18, 19}:

1era atención prenatal (< 14 semanas).

2da atención prenatal (14-21 semanas).

3era atención (22-24 semanas).

4ta atención (25-32 semanas).

5ta atención (33-36 semanas).

6ta atención (37-40 semanas).

Pese a lo detallado con anterioridad, no todas las mujeres acceden o cumplen con la atención prenatal de forma oportuna y periódica, e incluso algunas no logran la adherencia a las recomendaciones, probablemente por barreras ajenas, que les impiden acceder y aceptar la atención prenatal, ocasionando el acceso a una consulta de manera tardía ^{19, 20, 21}.

Inicio Tardío de la Atención Prenatal

Según la Norma Técnica de Salud para la atención integral de salud materna, el inicio de la atención prenatal debe ser antes de la semana 14 de gestación y con un mínimo de 6 atenciones prenatales hasta el parto, por ello el inicio tardío de la atención prenatal se refiere a aquella primera atención o consulta prenatal a partir de las 14 semanas en adelante ¹⁹.

En nuestro país, la desarticulación que existe entre la atención médica y las necesidades de la población que vive en la pobreza impide, muchas veces, o retrasa la búsqueda de atención en salud. Existen una serie de barreras culturales (incluyendo las de género y las lingüísticas), socio-económicas, geográficas y administrativas, no adecuadas a las necesidades de las comunidades, las cuales en muchas ocasiones no sienten comodidad o se encuentran en desventaja, al tener que interactuar con el personal de salud, ocasionando un retraso en la atención ²².

En zonas con baja densidad poblacional, los establecimientos de salud suelen estar, además de distantes, desabastecidos de personal capacitado, quienes

por las grandes distancias, no tienen los medios para realizar tareas de promoción de la salud y de búsqueda activa de personas que requieren atención médica. Los flujos migratorios cíclicos de las familias, ocasionados por el ritmo de las cosechas y otras oportunidades laborales, como en San Martín, Amazonas, Cajamarca, Chiclayo, Chimbote y el área fronteriza de Ucayali, complican la captación de la gestante. Los movimientos, que suelen ocurrir a través de varias jurisdicciones de la DISA o DIRESA e incluso más allá de la región, causan dificultades en la ubicación y continuidad del manejo clínico de la gestante²².

Algunas barreras administrativas pueden disminuir la accesibilidad de la atención prenatal en las zonas de mayor pobreza como el escaso personal de salud, el difícil acceso a la atención prenatal, entre otros. Asimismo, según la Norma Técnica de Atención Integral, las gestantes al iniciar el control prenatal deben contar con el Seguro Integral de Salud y las visitas domiciliarias; este último es una alternativa para las gestantes que no acuden al establecimiento de salud o que no continúan con las atenciones prenatales, lo cual incentiva al profesional de la salud a realizar un seguimiento de los controles y regular una condicionalidad orientada a una atención preventiva. El trabajo, el cuidado de los hijos, la falta de información sobre los beneficios del sistema de salud, etc., son factores que desencadenan un embarazo de alto riesgo, debido a que limitan los procedimientos a realizar en una primera atención prenatal, la cual es importante, puesto que se establece la edad gestacional, se elabora la historia clínica, se solicitan los exámenes de laboratorio, etc.²²

A nivel internacional, algunos estudios evidencian que la población de adolescentes tiene controles prenatales habitualmente insuficientes y a veces inexistentes, puesto que no acceden a los establecimientos de salud. Se han identificado barreras y facilitadores para acudir al primer control y para mantener la asistencia. Las barreras se han relacionado con el temor y vergüenza a buscar atención médica, el costo de los servicios, el no saber a dónde acudir, la ausencia de privacidad, el maltrato y las barreras administrativas. Cuando el embarazo es resultado de violencia sexual, estas

barreras se agravan, por mantener oculto el embarazo, el sentimiento de culpa y la falta de apoyo, especialmente en menores de 15 años. Entre los facilitadores se identifican confidencialidad, respeto, acceso geográfico, tiempos de espera y horarios de atención adecuados y disponibilidad de horas²³.

Los **principales factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal** identificados por diversos estudios llevados a cabo, se clasifican en: factores personales, factores familiares y factores institucionales ^{2, 11, 24}:

Factores Personales: Se refiere a las características, percepciones, experiencias individuales y actitudes que predicen una conducta dada en las gestantes, como iniciar la atención prenatal, involucrando aspectos como la ocupación, los ingresos económicos, el antecedente de embarazo adolescente, la violencia en el hogar, los problemas de salud, el cuidado de los hijos, la experiencia negativa de atención en otro establecimiento de salud e la conceptualización de la importancia de asistir a los controles prenatales.

Factores Familiares: Son aquellas situaciones referentes al entorno familiar y de pareja que pueden determinar en la gestante el acceso oportuno a los establecimientos de salud para la atención prenatal, siendo delimitados por el apoyo de la familia, la comunicación con los padres, la confianza hacia los padres, la preocupación de los padres por la salud durante el embarazo, el acompañamiento a la primera atención prenatal, la relación de pareja, la ocupación de la pareja, la actitud de la pareja al embarazo, el apoyo afectivo de la pareja. En un estudio realizado por Ramírez, se observó que la ausencia del control prenatal se asoció con la poca comunicación con la pareja, por lo que la familia representa un factor para el acceso a servicios de salud²⁵.

Factores Institucionales: Involucra una serie de aspectos para que la población, sobre todo las gestantes, acceda a los establecimientos de salud para una atención prenatal, entre estos aspectos destacan: el costo de la consulta prenatal, el conseguir turno para acceder a la consulta prenatal, las dificultades para llegar al establecimiento de salud,

el horario de atención, los trámites realizados, el trato en el Centro de Salud, la ambientación del consultorio de obstetricia y el tiempo de espera.

Por otro lado, Jiménez en su estudio señala que el inicio temprano del control prenatal se ha asociado a mejor peso de nacimiento, menor requerimiento de hospitalización del recién nacido y la reducción en la tasa de recién nacidos de bajo peso y muy bajo peso en mujeres con alto riesgo de resultados adversos en el embarazo. Además, varios autores estipulan que la atención prenatal en el primer trimestre de embarazo es un factor protector asociado para la mortalidad perinatal²⁶.

2.3 Definición de términos básicos

Atención prenatal: Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto con acciones sistemáticas y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal¹⁷.

Factores asociados: Aquellos rasgos o características que se relacionan con una determinada situación, enfermedad o lesión.

Inicio tardío de la atención prenatal: Aquella primera atención prenatal que se produce después de las 14 semanas de gestación.

Control prenatal: Es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza.

Factor personal: Características, formas de pensar, experiencias individuales y actitudes que predicen una conducta dada en las gestantes²⁶.

Factor familiar: Se refiere a la influencia de la familia y de la pareja en cuanto al trato, la comunicación, la relación, la preocupación y la confianza para lograr que las gestantes acudan a una atención prenatal²⁶.

Factor institucional: Se refiere a la capacidad del equipo de salud (calidad y tiempo), la organización para brindar el control prenatal, así como la accesibilidad geográfica y la promoción en las comunidades para lograr el acceso de una gestante a un centro de salud para su atención prenatal²⁶.

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Antes de identificar los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal, se describen las características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud “San Carlos”, en tablas y gráficos; seguidamente se presentará en gráficos de barras, los factores personales, familiares e institucionales identificados como asociados al inicio tardío de la atención prenatal.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

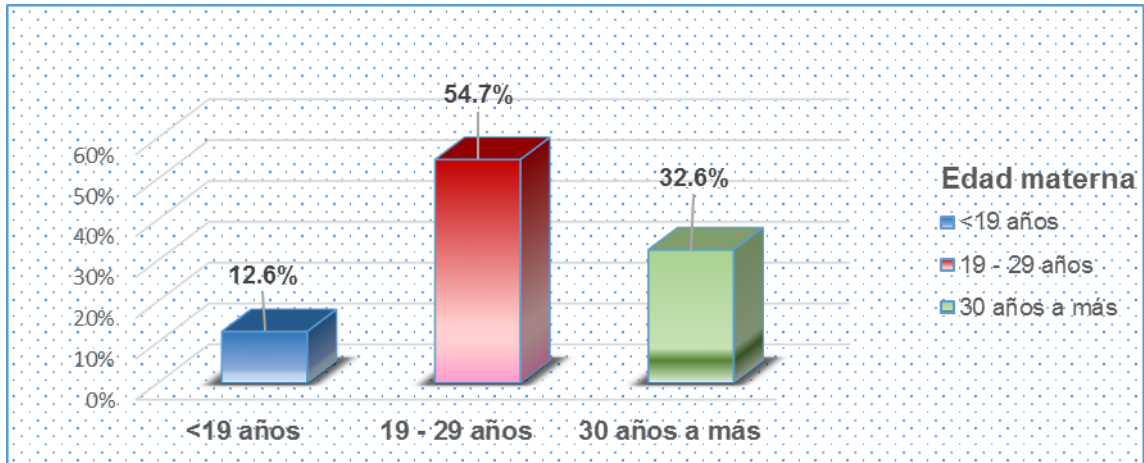
Tabla N° 1

Datos Sociodemográficos		
Edad	Promedio ± DS (Mín. - Máx.)	
	N°	%
<19 años	12	12.6%
19 - 29 años	52	54.7%
30 años a más	31	32.6%
Estado Civil		
Soltera	13	13.7%
Conviviente	64	67.4%
Casada	17	17.9%
Separada	1	1.1%
Grado de Instrucción		
Primaria incompleta	2	2.1%
Secundaria incompleta	35	36.8%
Secundaria completa	48	50.5%
Superior técnico	8	8.4%
Superior universitario	2	2.1%
Ocupación		
Ama de casa	38	40.0%
Estudiante	6	6.3%
Comerciante	42	44.2%
Otros	9	9.5%
Trabaja		
Sí	51	53.7%
No	44	46.3%
Pareja		
Sí	81	85.3%
No	14	14.7%
Ingresos		
Menor o igual a 750	21	22.1%
De 750 a 1000	52	54.7%
De 1000 a 2000	22	23.2%
Apoyo Económico		
Su pareja	82	86.3%
Sus padres	12	12.6%
Algún familiar	1	1.1%
Total	95	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

EDAD DE LAS GESTANTES

Gráfico N°1



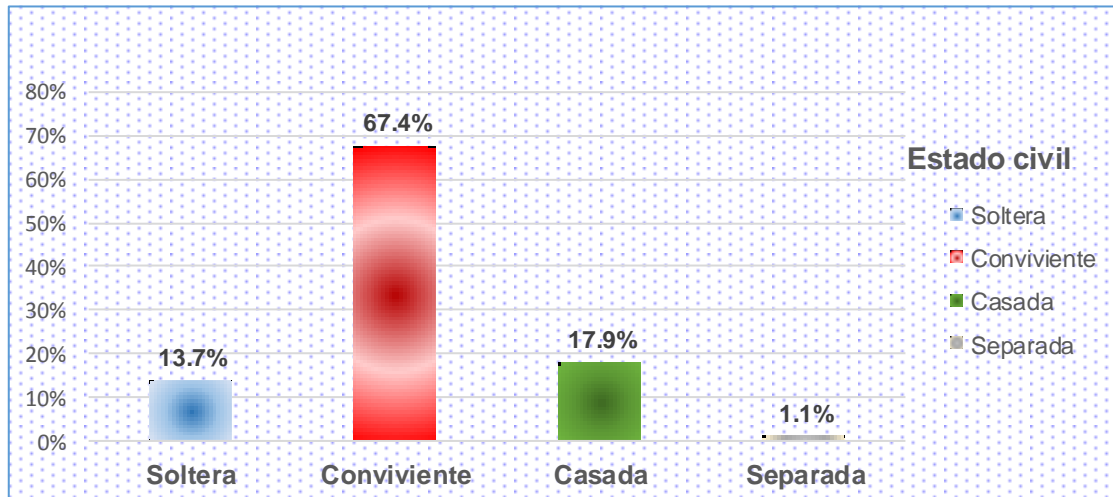
Fuente: Ficha de recolección de datos

En el gráfico N°1, el 54.7% tiene entre 19 a 29 años de edad, el 32.6% de 30 años a más y el 12.6% menos de 19 años.

Estos resultados son similares a lo descrito por **Córdova y col²** quien en su estudio descubre que la mayor parte de la población que inicia su atención prenatal tardíamente se encuentra entre la edades de 20 a 29 años (53.8%).

ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES

Gráfico N°2.



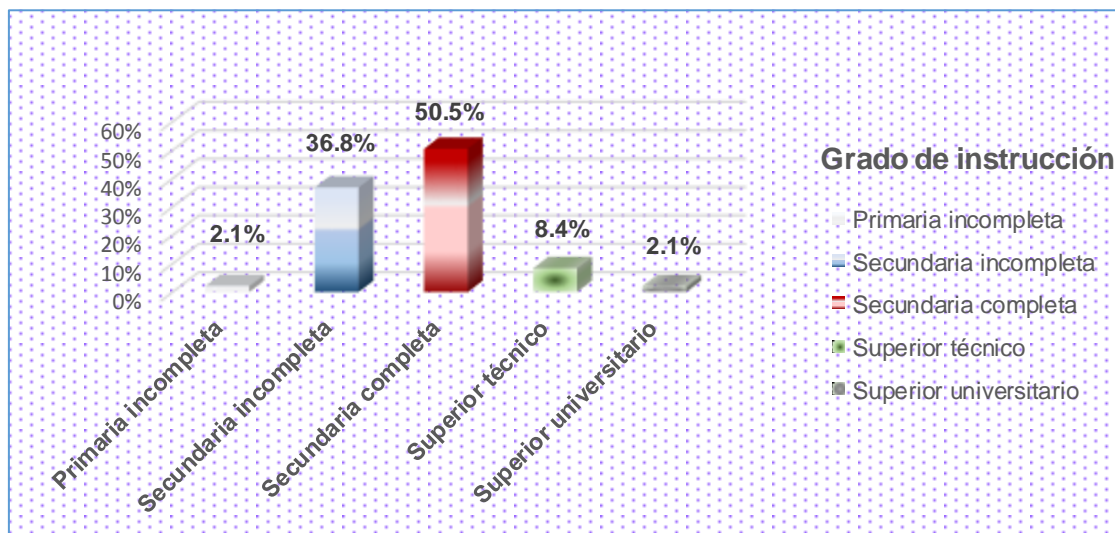
Fuente: Ficha de recolección de datos

En el gráfico N°2 se observa que el 64,7% de gestantes son convivientes, el 17.9% es casadas y del 13.7% solteras.

Los datos anteriormente descritos son disimiles a lo evidenciado por **Córdova y cols²** puesto que en su estudio la mayor parte de las gestantes que formó parte de su estudio tenía como estado civil “casada” y “soltera. Sin embargo misma manera **Pecora¹¹** en su estudio definió que la mayor parte de las usuarias fueron de “Unión estable” lo que coincide con lo mencionado en el presente estudio.

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES

Gráfico N°3



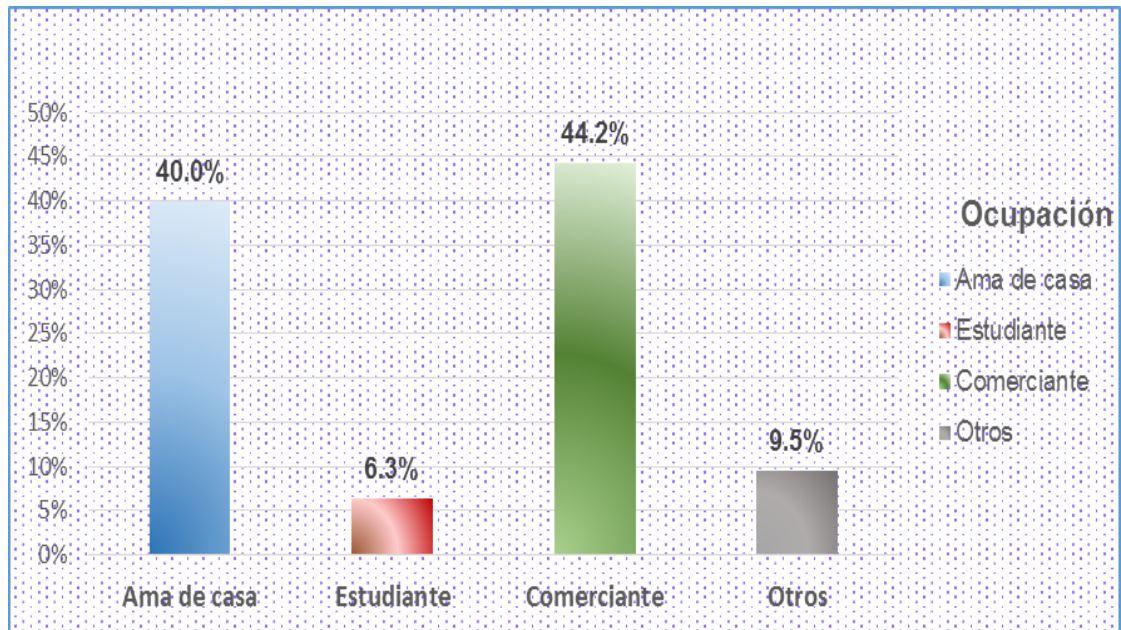
Fuente: Ficha de recolección de datos

Respecto al grado de instrucción de las gestantes que iniciaron tardíamente la atención prenatal, el 50.5% tiene secundaria completa, el 36.8% secundaria incompleta y el 8.4% superior técnico (Ver Gráfico N°3).

Córdova y cols² difieren con los resultados encontrados en la presente investigación, puesto que el grado de instrucción que prevaleció en su estudio fue primaria completa, seguido de primaria incompleta.

OCUPACIÓN DE LAS GESTANTES

Gráfico N°4

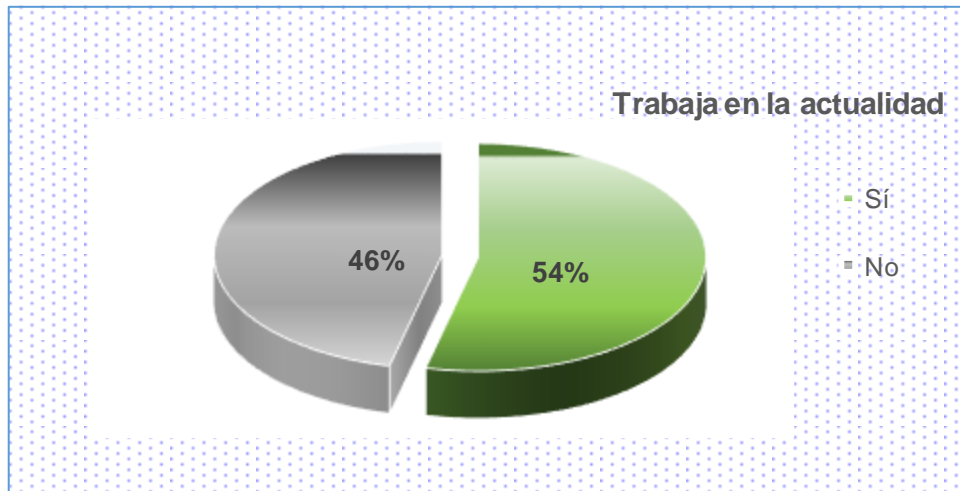


Fuente: Ficha de recolección de datos

El gráfico N°4 muestra la ocupación de las gestantes que iniciaron tardíamente la atención prenatal, donde el 44.2% es comerciante, el 40% ama de casa y el 6.3% estudiante.

GESTANTES TRABAJADORAS

Gráfico N°5



Fuente: Ficha de recolección de datos

En el gráfico N°5 se observa que el 54% de las gestantes trabaja en la actualidad, mientras que el 46% no trabaja.

En el estudio de **Quelopana**²⁸ se observan datos que difieren del presente estudio puesto que la mayor parte de la población gestante (77.87%) no trabaja fuera de casa y solo un 22.13% si realiza labor adicional aparte de ser ama de casa.

GESTANTES CON PAREJA

Gráfico N°6



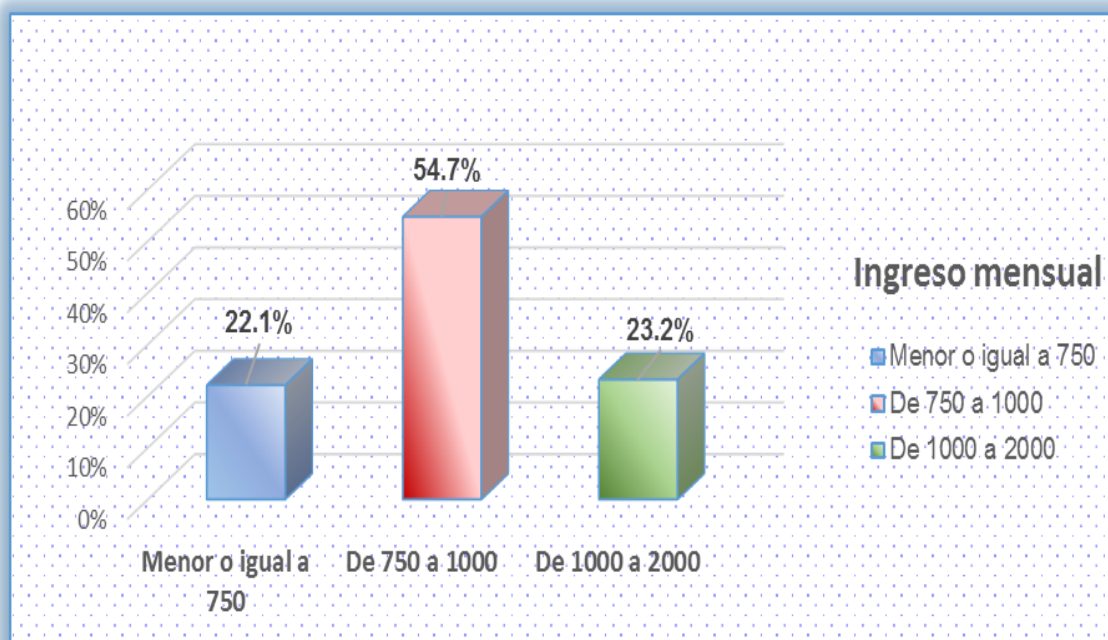
Fuente: Ficha de recolección de datos

El gráfico N°6 muestra que el 85% de las gestantes que iniciaron tardíamente la atención prenatal tiene pareja en la actualidad y el 15% no tiene pareja.

Respecto a la tener pareja en la actualidad, en el presente estudio se evidencia que la mayor parte de la población cuenta con pareja, estos datos son similares a lo evidenciado por **Quelopana**²⁸ donde la población de usuarias que acuden tardíamente al control prenatal entre primigestas y multigestas tiene pareja.

INGRESO ECONOMICO DE LAS GESTANTES

Gráfico N°7

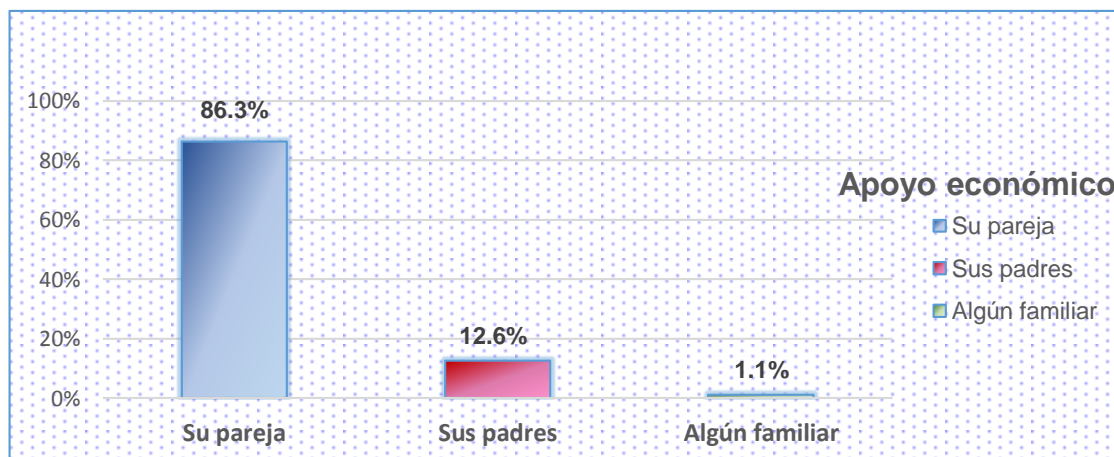


Fuente: Ficha de recolección de datos

En el gráfico N°7 se observa que el 54.7% de las gestantes que iniciaron tardíamente la atención prenatal tiene un ingreso mensual de 750 a 1000 soles, el 23.2% de 1000 a 2000 soles y el 22.1% menor o igual a 750 soles.

PERSONA QUE APOYA ECONOMICAMENTE A LA GESTANTE

Gráfico N°8



Fuente: Ficha de recolección de datos

El gráfico N°8 muestra que el 86.3% de las gestantes que iniciaron tardíamente la atención prenatal recibe el apoyo económico de su pareja y el 12.6% de sus padres.

Del apoyo económico que recién las gestantes según el estudio de **Barrera**¹² proviene de los padres y la pareja en conjunto, para el presente estudio el apoyo proviene en su mayoría por parte de la pareja, lo cual nos evidencia resultados disimiles.

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

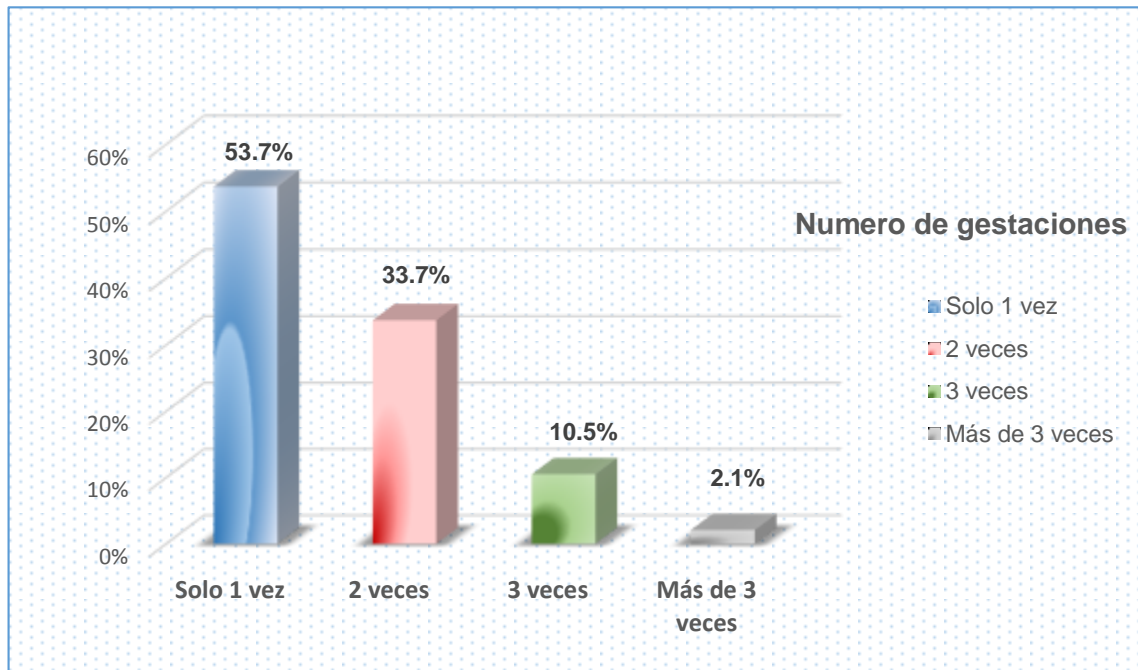
Tabla N°2

Características Obstétricas	N°	%
Embarazos		
Solo 1 vez	51	53.7%
2 veces	32	33.7%
3 veces	10	10.5%
Más de 3 veces	2	2.1%
Hijos		
Ninguno	33	34.7%
1 hijo	38	40.0%
2 hijos	20	21.1%
De 3 a más hijos	4	4.2%
Partos		
Ninguno	35	36.8%
1 hijo	32	33.7%
2 hijos	26	27.4%
De 3 a más hijos	2	2.1%
Abortos		
Ninguno	74	77.9%
1 aborto	19	20.0%
2 abortos	2	2.1%
Edad Gestacional		
De 14 a 26 semanas	80	84.2%
Mayor de 26 semanas	15	15.8%
Tiempo en que se enteró de embarazo		
Menor o igual a 3 meses	75	78.9%
De 4 a 6 meses	20	21.1%
Periodo Intergenésico		
Ninguno	27	28.4%
Menos de 2 años	18	18.9%
Entre 2 a 5 años	39	41.1%
Más de 5 años	11	11.6%
Total	95	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

NUMERO DE GESTACIONES

Gráfico N°9



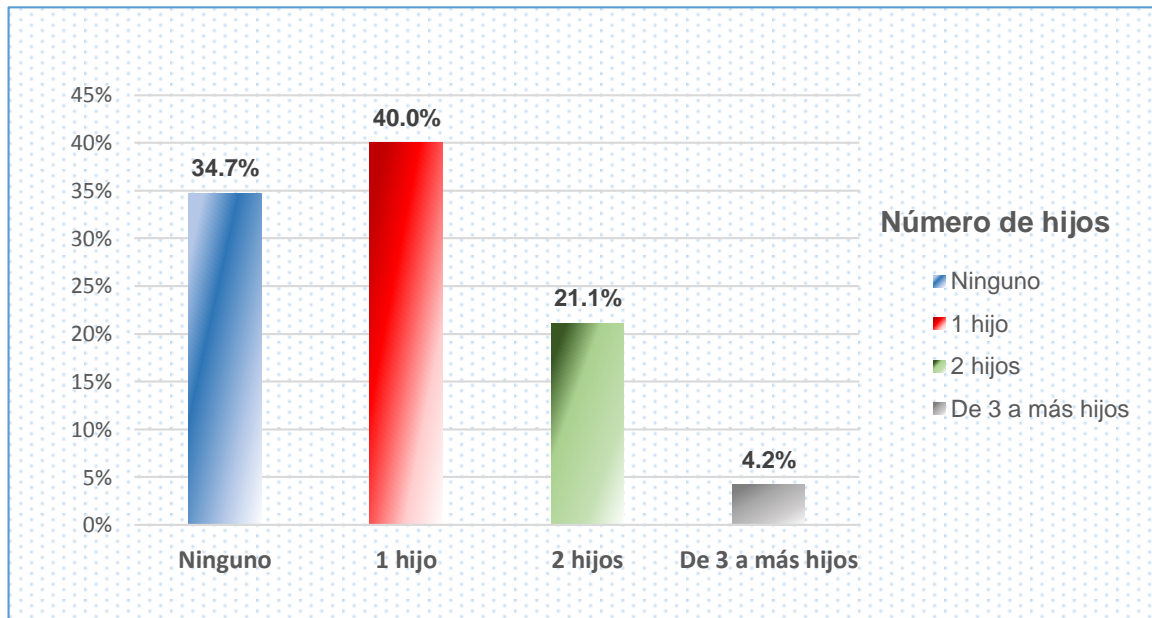
Fuente: Ficha de recolección de datos

El gráfico N°9 muestra que el 53.7% de las gestantes que iniciaron tardíamente la atención prenatal han tenido solo un embarazo, el 33.7% ha tenido dos y el 10.5% tres embarazos.

Pécora y cols¹¹ en su estudio encuentra que un 41.7% de las usuarias que inicio su atención tardía del control prenatal tuvo de 1 a 3 embarazos previos datos similares son evidenciados en el presente estudio donde la mayor parte de la población gestante (97.9%) tuvo de 1 a 3 embarazos previos.

NÚMERO DE HIJOS

Gráfico N°10

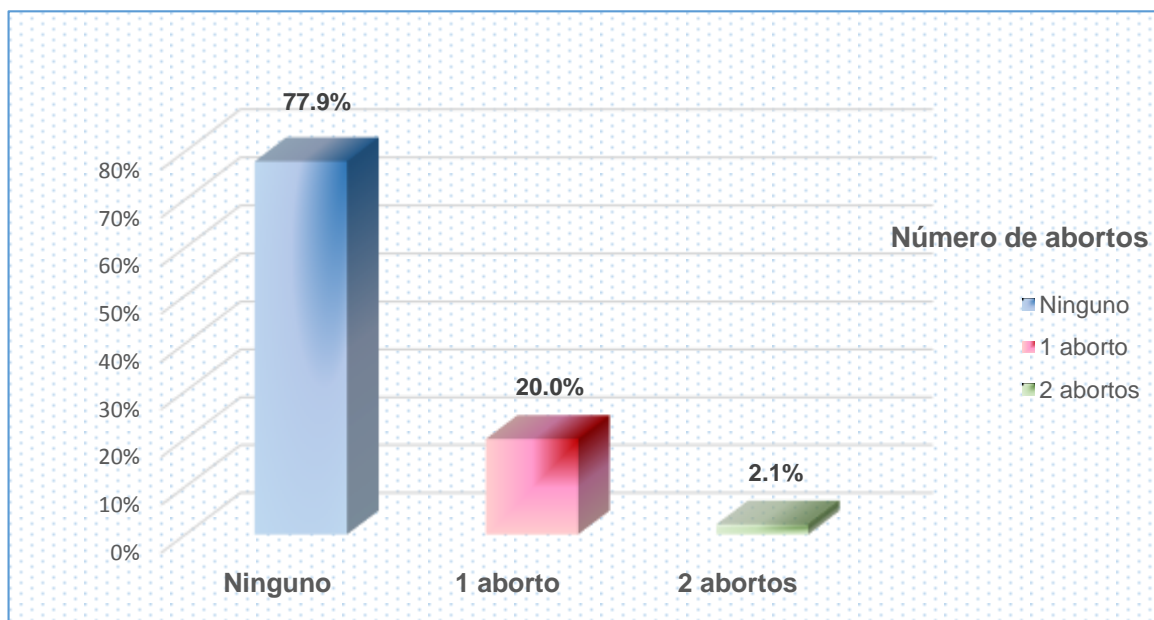


Fuente: Ficha de recolección de datos

El 40% de las gestantes que iniciaron tardíamente la atención prenatal tiene un hijo, el 34.7% no los tiene, el 21.6% tienen dos y el 4.2% tiene de 3 a más hijos (Ver Gráfico N°10).

NÚMERO DE ABORTOS

Gráfico N°11



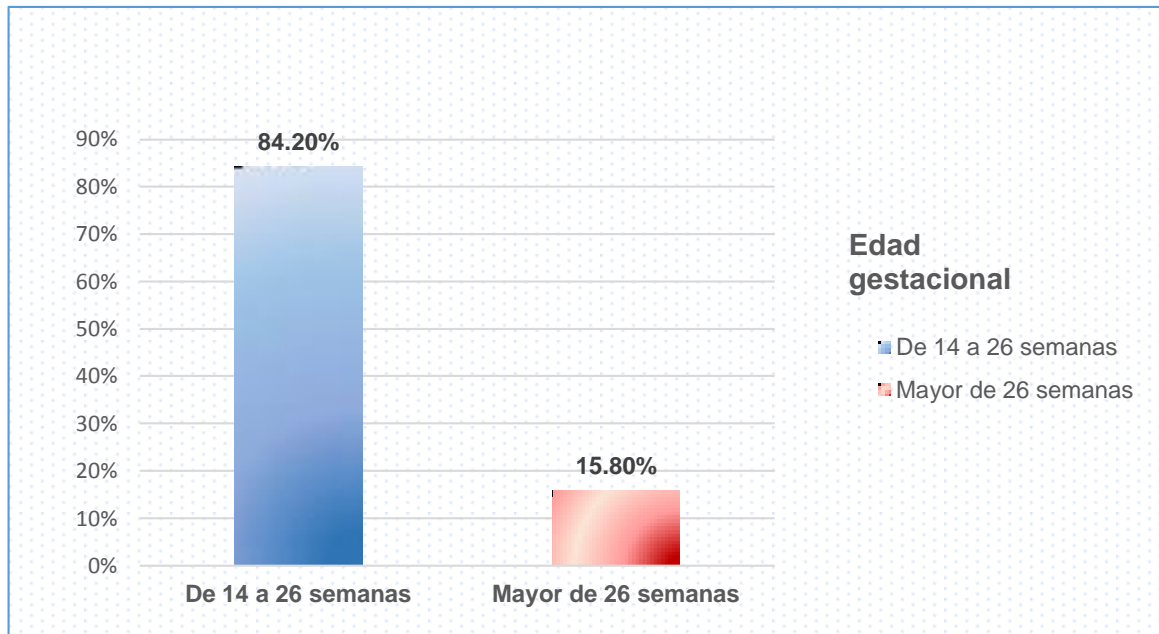
Fuente: Ficha de recolección de datos

El 77.9% de las gestantes que iniciaron tardíamente la atención prenatal no ha tenido abortos, el 20% ha tenido solo uno y el 2.1% dos abortos (Ver Gráfico N°11).

En cuanto al número de abortos, los resultados evidenciados en el presente estudio coinciden con lo estudiado por Pécora y col¹¹, puesto que la mayoría de gestantes no manifestó tener un aborto previo al acudir a la atención prenatal.

EDAD GESTACIONAL

Gráfico N°12



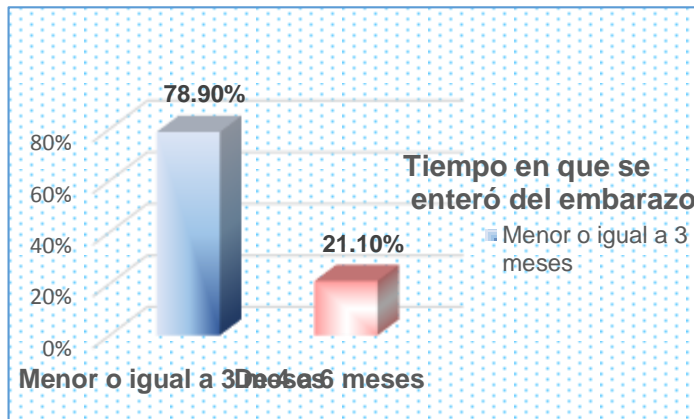
Fuente: Ficha de recolección de datos

En el gráfico N°12 se observa que el 84.2% de las gestantes que iniciaron tardíamente la atención prenatal tiene una edad gestacional de 14 a 26 semanas y el 15.8% mayor de 26 semanas.

En el estudio de **Pecora y col**¹¹ un 61% inicia su atención prenatal tardíamente (12 a 18 semanas) y el 15% más de las 28 semanas de gestación, estos resultados son similares a lo encontrado en el presente estudio donde la mayoría de gestantes inicia la atención prenatal posterior a las 14 semanas siendo considerado tardío.

TIEMPO EN QUE SE ENTERÓ DE ESTAR EMBARAZADA

Gráfico N°13

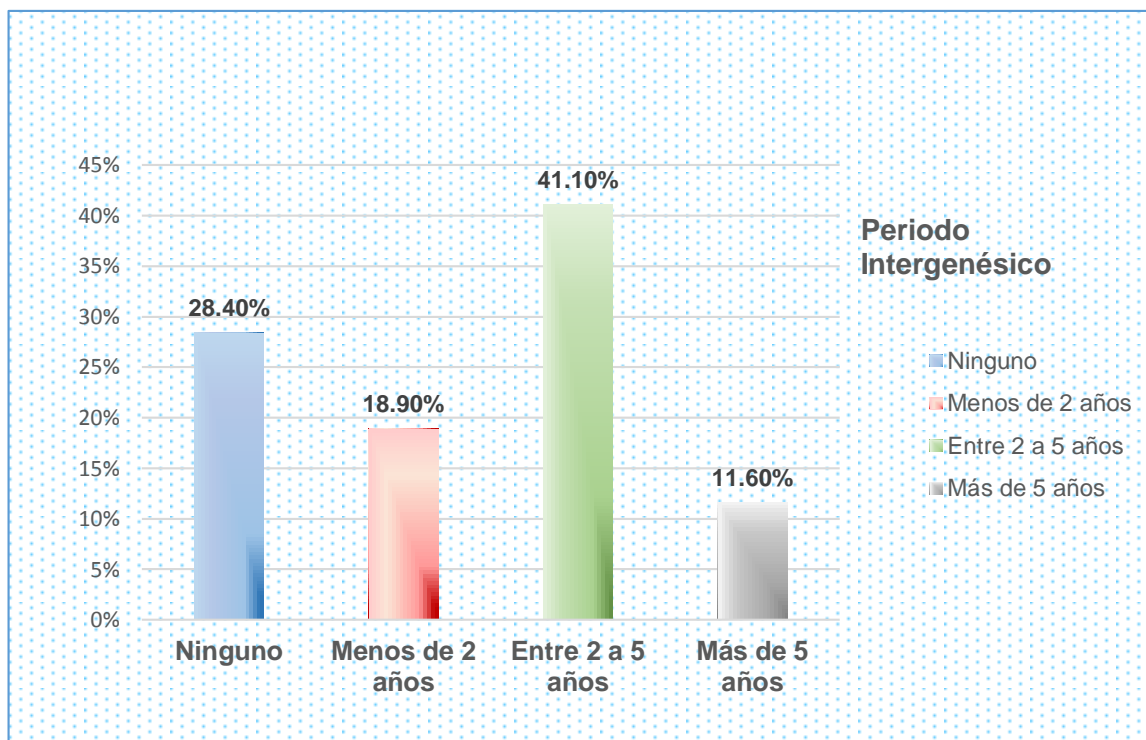


Fuente: Ficha de recolección de datos

El gráfico N°13 muestra que el 78.9% de las gestantes que iniciaron tardíamente la atención prenatal se enteraron de su embarazo antes de los 3 meses y el 21.1% entre los 4 a 6 meses.

PERIODO INTERGENÉSICO

Gráfico N°14



Fuente: Ficha de recolección de datos

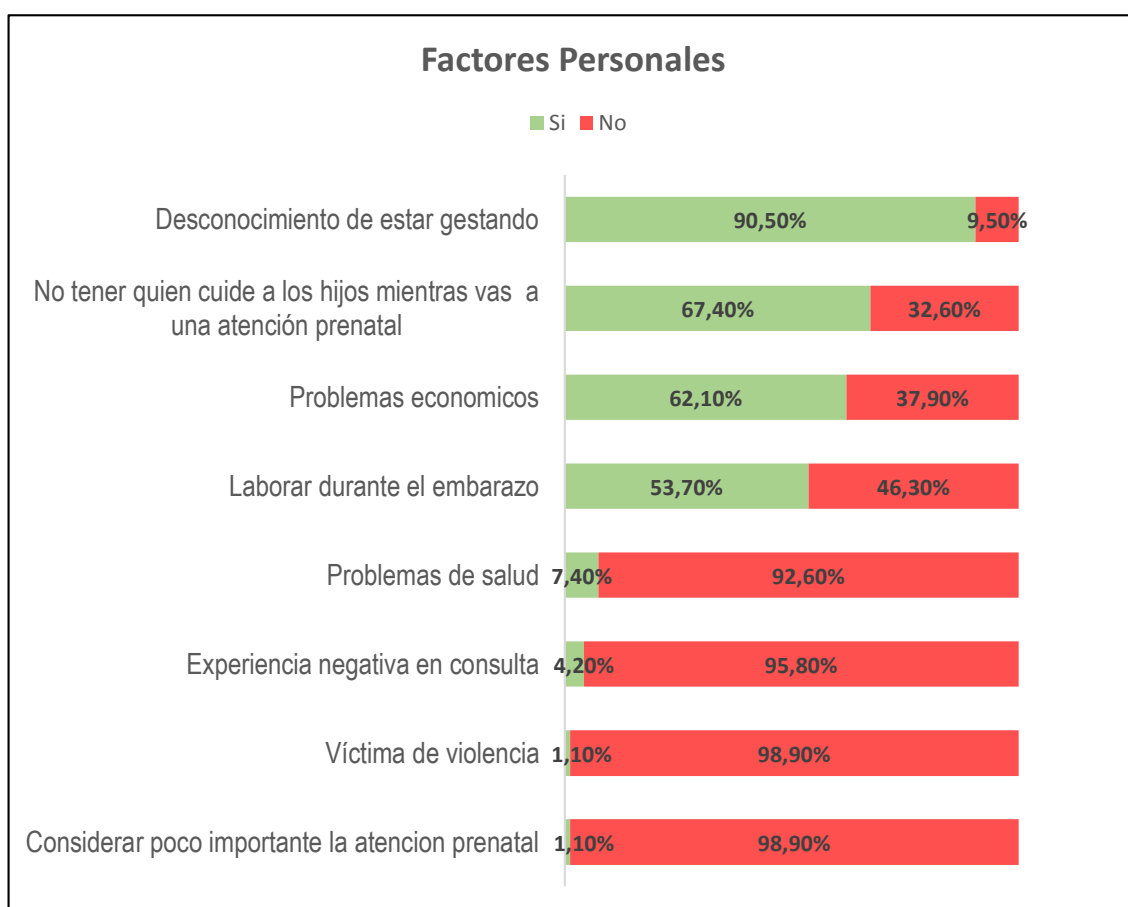
En el gráfico N°14 se observa que en el 41.1% de las gestantes el periodo intergenésico fue de dos a cinco años, el 28.4% no tuvo periodo intergenésico, el 18.9% tuvo un periodo menor de dos años y el 11.6% más de cinco años.

Antes de la interpretación y el análisis de los factores personales, familiares e institucionales asociados al inicio tardío de la atención prenatal se deberá tener en cuenta, que estos serán determinados cuando la frecuencia de cada indicador, se presente en más del 50% de las gestantes; este valor porcentual referencial ha sido tomado considerando que a partir del 50% se admite una mayoría porcentual.

Por ello, los siguientes Gráficos son representados de la siguiente manera.

FACTORES PERSONALES ASOCIADOS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Gráfico N°15



Fuente: Cuestionario para determinar los factores asociados al inicio tardío de la APN

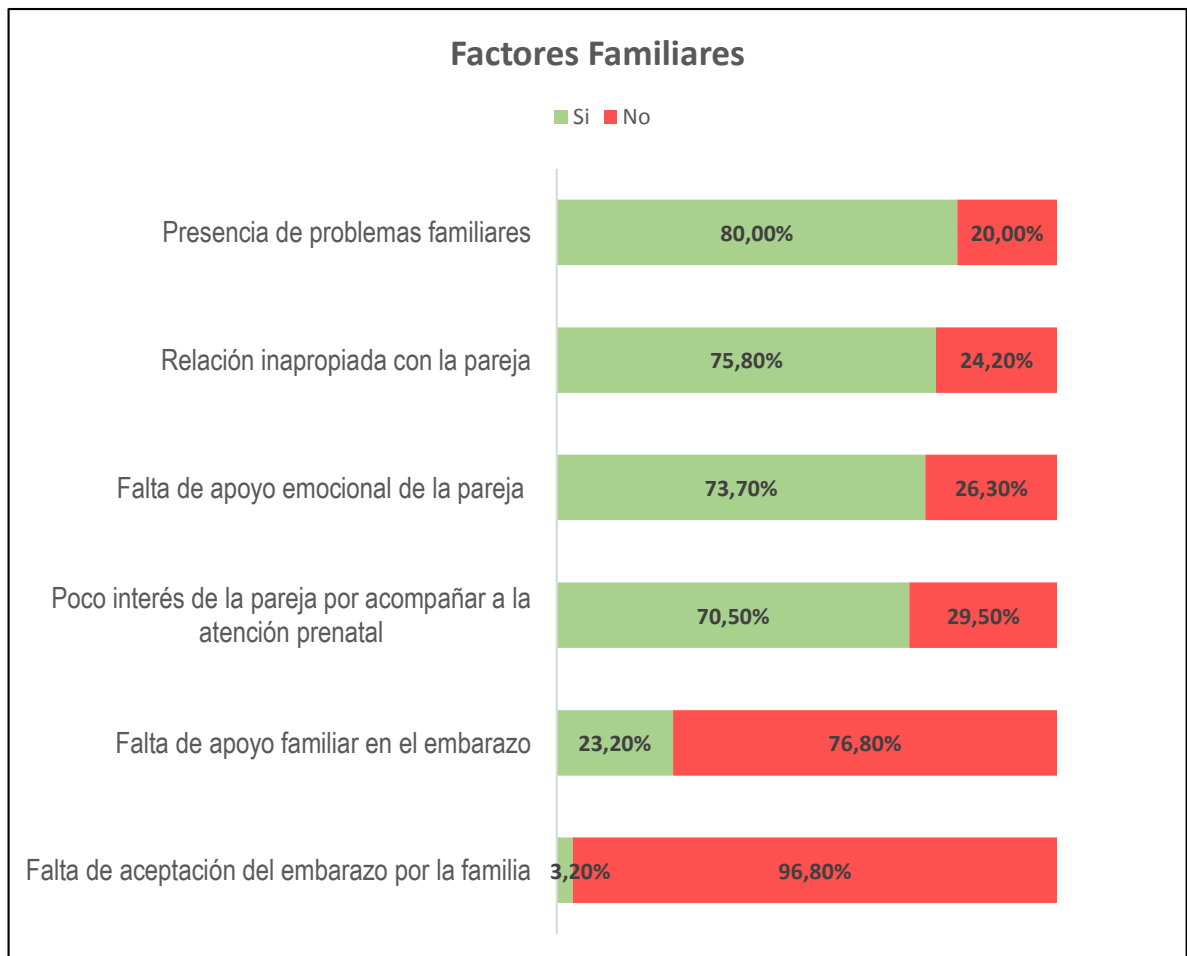
El Gráfico N°15 muestra que los factores personales que se encuentran mayormente asociados al inicio tardío de la atención prenatal son el desconocimiento de estar gestando (90.5%), el no tener quien cuide a los hijos (67.4%), los problemas económicos (62.1%), y el laborar durante el embarazo (53.7%).

Estos resultados son similares a lo evaluado en estudios como el de **Beeckman y col**⁷, donde encuentran que el inicio tardío de la atención prenatal se asocia con la situación laboral (56%), puesto que a muchas la inactividad afecta la estabilidad de la paciente; asimismo se consideró que los problemas económicos son un factor para inicio tardío de la atención prenatal.

Por otro lado, para el presente estudio los problemas de salud (7.4%), la experiencia negativa en consulta (4.2%), ser víctima de violencia (1.1%), y considerar poco importante la atención prenatal (1.1%) no se asociaron al inicio tardío de la atención prenatal. En contraste a ello, **Sunil y cols**¹⁰, solo evidencia que la importancia del control prenatal es un factor esencial para el inicio del mismo (3.2%), esto demuestra claramente que el proceso de toma de decisiones respecto al control de atención prenatal depende de la información y la importancia del mismo.

FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Grafico N°16



Fuente: Cuestionario para determinar los factores asociados al inicio tardío de la APN

En el gráfico N°16 se observa que los factores familiares asociados al inicio tardío de la atención prenatal en el 80% de las gestantes es la presencia de problemas familiares, en el 75.8% es la relación inapropiada con la pareja, en el 73.7% es la falta de apoyo emocional de la pareja para iniciar la atención prenatal y en el 70.5% es el poco interés de la pareja por acompañar a la

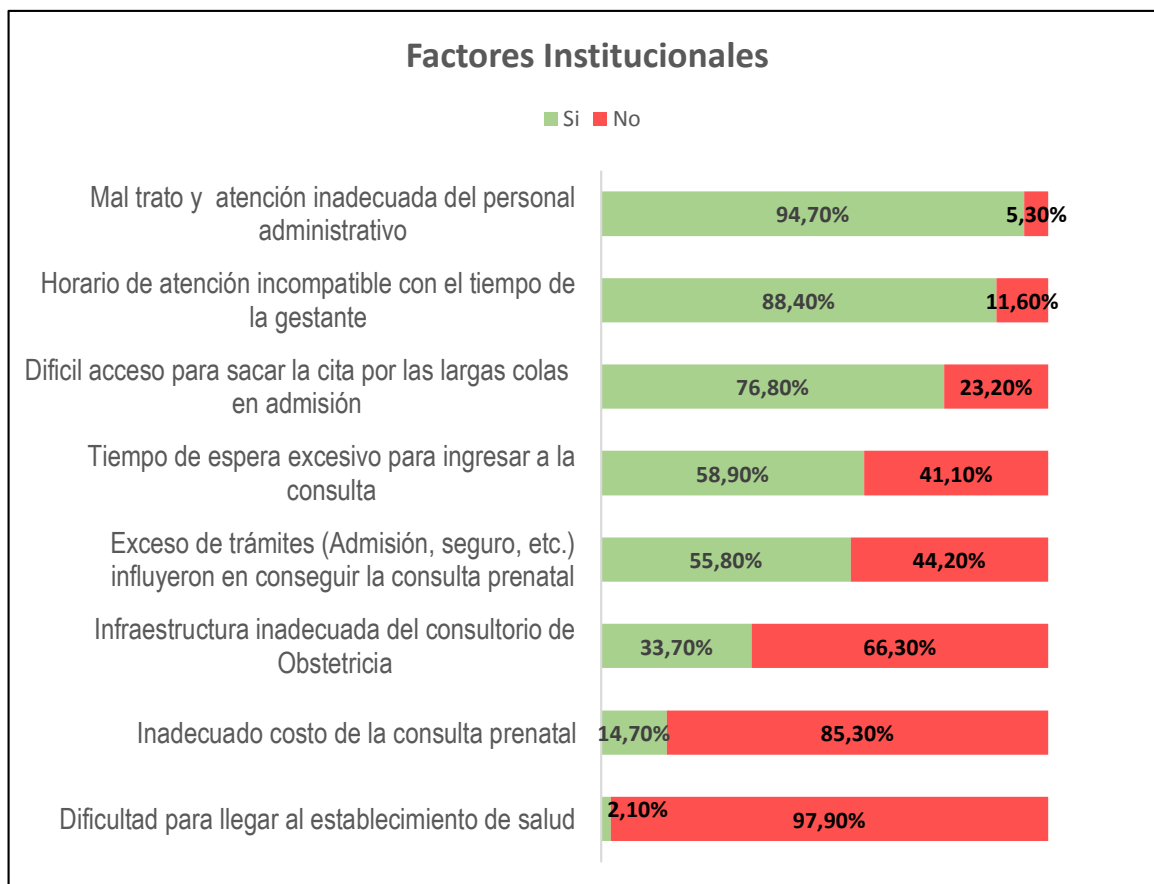
atención prenatal. Por otro lado, la falta de apoyo familiar en el embarazo y la falta de aceptación del embarazo por la familia no se asociaron al inicio tardío de la atención prenatal.

En este estudio se muestra que los factores relacionados a la pareja, como el poco interés por acompañar a la atención prenatal, falta de apoyo emocional y la relación inapropiada se presentaron entre los principales factores familiares para el inicio tardío de la atención prenatal; resultados similares se observaron en el estudio de **Barrera**¹², quien encontró que un 84.8% de las que iniciaron tempranamente su APN tenían buena relación de pareja y el apoyo afectivo - emocional por parte de la pareja durante la gestación fue alto en el grupo de las gestantes que tuvieron inicio temprano de la APN (96.4%), decreciendo en el grupo de las que iniciaron su APN tanto en el II y III Trimestre en un 87.3% y 80.0%.

Por otro lado, al observar que la influencia de la familia se asoció al retraso de la atención prenatal, esto es similar a lo encontrado por **Ivon Waldenfels**²⁷ et al. quienes en su estudio mencionan que el 4% de las gestantes que concurrieron tardíamente al control prenatal, mencionaron que esto fue así por presentar algún problema familiar, es decir se trataba de problemas como cuidar a parientes enfermos o problemas de la pareja.

FACTORES INSTITUCIONALES ASOCIADOS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Gráfico N°17



Fuente: Cuestionario para determinar los factores asociados al inicio tardío de la APN

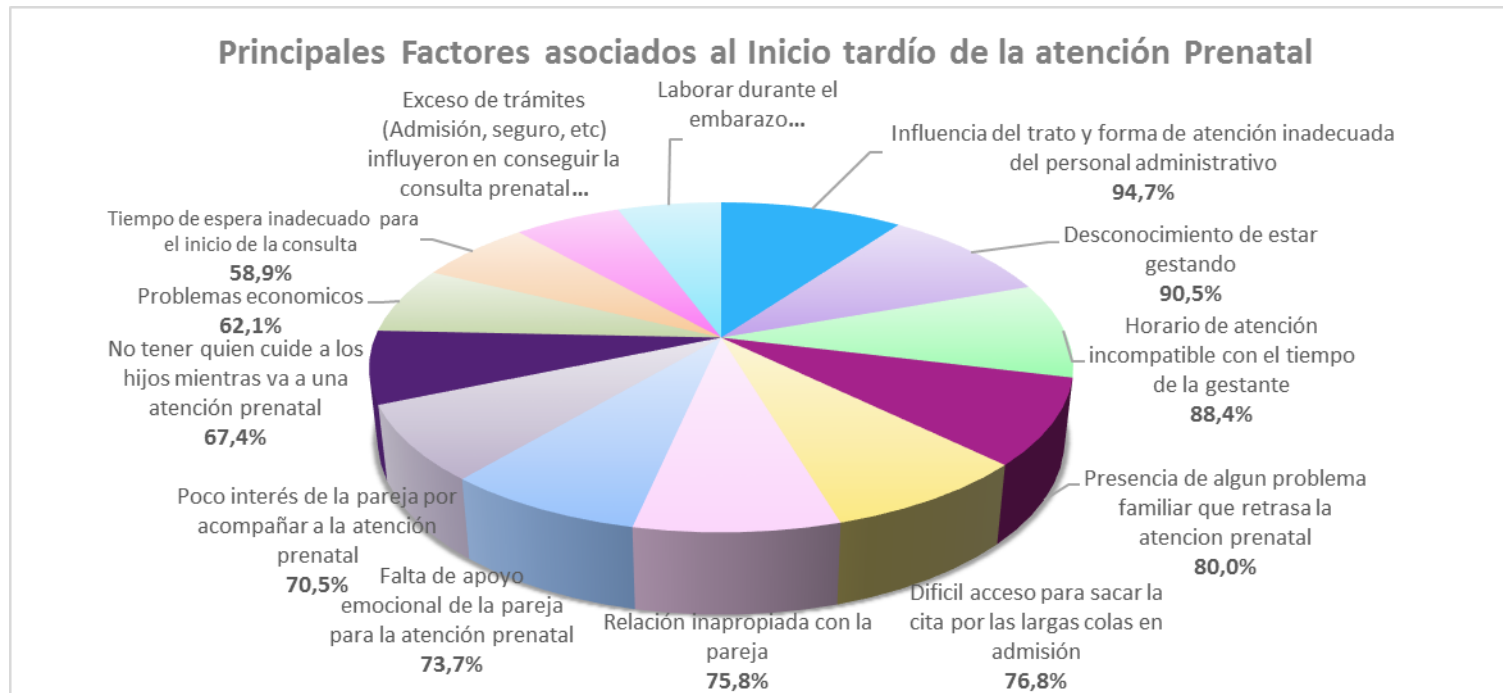
El Gráfico N°17 muestra que los factores institucionales mayormente asociados al inicio tardío de la atención prenatal son el mal trato y atención inadecuada del personal en 94.7%; el horario de atención incompatible con el tiempo de la gestante en el 88.4%, porque no tenían disponibilidad para acudir en el turno mañana del Puesto de Salud; el difícil acceso a la consulta prenatal en el 76.8%, por las largas colas en admisión; el inadecuado tiempo de espera para el inicio de la consulta en el 58.9%, puesto que hubo una demora de atención (30 minutos) y solo se atiende a un número limitado de pacientes (n=12); y los trámites institucionales en el 55.8%, porque tienen que gestionar su cita y la

solicitud para ser beneficiaria del SIS; mientras que la infraestructura inadecuada del consultorio de Obstetricia, el inadecuado costo de la consulta y la dificultad para el acceso al establecimiento de salud no se asociaron al inicio tardío de la atención prenatal.

Lo expuesto se asemeja al estudio de Beeckman et al.⁷, quienes encontraron entre sus resultados que el inicio tardío de la atención prenatal se asoció con dificultades para acceder a la consulta prenatal como conseguir una primera cita (57%). Así también, Pécora¹¹ en su investigación encontró que uno de los principales factores fue el no conseguir turno (33%); sin embargo un 9% refirió que por la distancia no accedió tempranamente.

PRINCIPALES FACTORES ASOCIADOS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Gráfico N° 18



En el gráfico N°18 se observa los principales factores que se encuentran asociados al inicio tardío de la atención prenatal, siendo estos: el trato y forma de atención inadecuada del personal administrativo (94.7%), el desconocimiento de estar gestando (90.5%), el horario de atención incompatible con el tiempo de la gestante (88.4%), la presencia de algún problema familiar (80%), el difícil acceso a la consulta prenatal por las largas colas en admisión para sacar una cita (76.8%), la relación inapropiada con la pareja (75.8%) y la falta de apoyo emocional de la pareja para la atención prenatal (73.3%).

CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. Los factores personales asociados al inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes son: el desconocimiento de estar gestando (90.5%); no tener quien cuide a los hijos (67.4%); los problemas económicos (62.1%) y laborar durante el embarazo (53.7%).
2. Los factores familiares asociados al inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes son la presencia de algún problema familiar que influye en el retraso de la atención prenatal (80%); la relación inapropiada con la pareja (75.8%); la falta de apoyo emocional de la pareja para iniciar la atención prenatal (73.7%) y el poco interés de la pareja por acompañar a la atención prenatal (70.5%).
3. Los factores institucionales asociados al inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes son el trato y atención inadecuada en la atención por parte del personal administrativo (94.7%); el horario de atención incompatible con el tiempo de la gestante (88.4%), porque no tenían disponibilidad para acudir en el turno mañana del Puesto de Salud; el difícil acceso a la consulta prenatal por las largas colas en admisión (76.8%); el inadecuado tiempo de espera para el inicio de la consulta (58.9%), puesto que hubo una demora de atención (30 minutos) y solo se atiende a un número limitado de pacientes (n=12); y los trámites institucionales (55.8%), porque tienen que gestionar su cita y la solicitud para ser beneficiaria del SIS.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere que el servicio de obstetricia del puesto de salud "San Carlos" organice charlas en la sala de espera y consejerías extramurales (visitas domiciliarias, charlas en los vasos de leche, en los comedores, etc.) a las mujeres en edad fértil donde se les enseñe las formas de identificar el embarazo y la importancia de una atención prenatal antes de las 14 semanas de gestación, para prevenir algunos riesgos en la salud del binomio madre - niño.
2. Se recomienda incluir a la pareja en las consultas prenatales llevadas a cabo el servicio de obstetricia del puesto de salud "San Carlos, con la finalidad que ambos sean conscientes de la responsabilidad y el compromiso que tienen con el producto de su concepción, logrando así fortalecer el vínculo de pareja y el apoyo mutuo que se puedan brindar durante esta etapa. Así mismo se sugiere que durante las visitas domiciliarias llevadas a cabo a las gestantes que realizan sus controles en el puesto de salud "San Carlos", para la elaboración del plan de parto, se inculque en la pareja y en la familia la importancia del soporte emocional para con la gestante, durante esta etapa importante de su vida, dándole tranquilidad y seguridad.
3. Se sugiere que en el puesto de salud "San Carlos" se amplíe la atención del turno tarde en el servicio de obstetricia, de modo que se eviten las largas colas para obtener una cita de consulta prenatal y que la gestante tenga la opción de elegir de acuerdo a sus necesidades el turno de su atención. Además se recomienda capacitar al personal administrativo de este establecimiento, sobre la forma de atención que se debe ofrecer a las gestantes, brindándoles un trato amable y un servicio preferencial, dado que se encuentran atravesando una serie de cambios anatómicos y fisiológicos que hacen que su estado emocional sea de suma sensibilidad.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Cáceres FI. El control prenatal: una reflexión urgente. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [Revista en Internet] 2009 [Accesado el 15 de enero del 2015], 60 (2): 165-170. Disponible en: http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol60No2_Abril_Junio_2009/v60n2a07.pdf
2. Córdoba R, Escobar L; Guzmán L. Factores Asociados a la Inasistencia al Primer Trimestre del Control Prenatal en Mujeres Gestantes de la ESE San Sebastián de La Plata, Huila, 2012. Revista Facultad de Salud – RFS. Enero - Junio 2012; 4(1):39-49.
3. Munares O. Factores asociados al abandono del control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. Revista de epidemiología del Perú. 2013,17(2): 1-8.
4. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima: MINSA; 2004. [Accesado 17 de enero 2015] URL <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/GuiasAtencionIntegraYSSR.pdf> Disponible en:
5. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012. Salud Materna. Lima, Perú: ENDES, 2012. [Accesado 15 de enero 2015]. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/cap08.pdf>.
6. Cresswell JA, Yu G, Hatherall B, Morris J, Jamal F, Harden A, et al. Predictors of the timing of initiation of antenatal care in an ethnically diverse urban cohort in the UK [Abstract]. Journal BMC Pregnancy Childbirth. May 2013; 13:103.
7. Beeckman K, Louckx F, Putman K. Predisposing, enabling and pregnancy-related determinants of late initiation of prenatal care [Abstract]. Journal Matern Child Health J. 2011 Oct; 15(7):1067-75.
8. Arispe C, Salgado M, Tang G, Rojas J. Frecuencia de Control Prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Revista Médica Herediana del Perú [Revista en Internet] 2011 [Accesado el 16 de enero del 2015]; 22 (4): 169-175.

9. Moya D., Guiza I., Mora M. Ingreso temprano al control prenatal en una Unidad Materno Infantil. *Cuidarte [Revista en Internet]* 2010 [Accesado el 16 de enero del 2015]; 1(1): 44-52.
10. Sunil T, Spears WD, Hook L; Castillo J, Torres C. Iniciación y obstáculos al uso de la atención prenatal entre las mujeres de bajos ingresos en San Antonio, Texas. *Matern Child Health J.* Enero del 2010; 14(1):133-40.
11. Pécora A, San Martín M, Cantero A, Furfaro K, Jankovic P, Llompert V. Control Prenatal Tardío: ¿Barreras En El Sistema De Salud?"; *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá Argentina* 2008; 27(3): 114-119.
12. Barrera P. Factores que influyen en el inicio de la atención prenatal de gestantes adolescentes atendidas en la consulta prenatal del Hospital Santa Rosa de octubre a diciembre. [Tesis] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana E.A.P. de Obstetricia; 2008.
13. Parra M. El control prenatal. [Consultado el 14 de diciembre 2015]. Disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/1563/28/Cap_5.pdf.
14. Organización Panamericana de la Salud. Atención Prenatal en Atención Primaria de la Salud. Paraguay: OPS, 2010. Pág: 24.
15. Organización Mundial de la Salud. Nuevo modelo de control prenatal de la OMS, 2003. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2003: 6.
16. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la Práctica del Control Pre-concepcional, Prenatal y Puerperal. Edición 2013. Argentina.:
17. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2010.
18. Ministerio de Salud. Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales. Lima: Ministerio de Salud. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; 2007

19. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la atención integral de salud materna. Lima: MINSa; 2013.
20. Hernández B, Trejo J, Ducoing D, Vázquez L, Tomé P. Guía clínica para la atención prenatal. Rev Med IMSS [Revista en Internet] 2003; 41: S59-S69.
21. Girado S. Protocolo Control Prenatal. Colombia: ESE Clínica Maternidad Rafael Calvo C.; 2009. Disponible en: http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_CONTROL_PRENATAL.pdf.
22. Castro A, Sandesara U. Integración de la Atención Prenatal con los Procesos de Detección y Manejo Clínico del VIH y de la Sífilis en el Perú. Lima: Socios en salud sucursal Perú; 2009.
23. Poffald L, Hirmas M, Aguilera X, Vega J, González M, Sanhueza G. Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile. Salud pública de México 2013; 55(6).
24. Peláez L, Pérez B. Ingreso tardío de gestantes al programa de control prenatal en la E.S.E Hospital Tobías Puerta de Uramita – 2008 [Tesis]. Colombia-Medellín: Facultad de Medicina. Especialización Auditoría en Salud; 2008.
25. Ramírez M, Richardson V, Ávila H, Caraveo E, Salomón R, Bacardí M, Jiménez A. La atención prenatal en la ciudad fronteriza de Tijuana, México. Rev. Panam Salud Publica [Revista en Internet] 2000; 7(2).
26. Jiménez A, Peralta E, Hinojosa L, García P, Castillo Y, Miranda C. Beneficios y barreras percibidos por las adolescentes embarazadas en el control prenatal. CIENCIA UANL [Revista en Internet] 2012; 57: 81-92.
27. Von Waldenfels H, Pflanz M, Ramón J. Factores que influyen en la concurrencia al control prenatal en Montevideo, Uruguay. Rev Med Uruguay 1992; 8: 61 – 69.

ANEXOS

ANEXO N°1: Matriz de Consistencia

TITULO DEL PROYECTO: Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes atendidas en el Puesto de Salud “San Carlos” del distrito de Comas durante los meses de mayo a julio del año 2015.

Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Operacionalización		Método
			Variable	Indicadores	Tipo de investigación
¿Cuáles son los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes atendidas en el Puesto de Salud “San Carlos” del distrito de Comas durante los meses de mayo a julio del año 2015?	Determinar los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes atendidas en el Puesto de Salud “San Carlos” del distrito de Comas durante los meses de mayo a julio del año 2015.	No hay hipótesis por ser un estudio descriptivo.	Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal	Desconocimiento de estar gestando	Descriptivo, prospectivo de corte transversal
				Víctima de violencia	
				Problema de salud	
				Posibilidad económica	Método
				Situación laboral	Cuantitativo.
				Cuidado de hijos	
				Experiencias negativas de consulta	Población
				Importancia del control prenatal	El total de población de gestantes atendidas en el año 2014 es de 157, de las cuales 98 iniciaron tardíamente su atención prenatal, para el presente estudio se tomara como referencia.
				Influencia del familiar	
				Apoyo familiar	
				Relación apropiada con la pareja	
				Interés de la pareja por acompañar al inicio del control prenatal	
				Entorno familiar acepta el embarazo	
				Costo de la consulta	
				Difícil acceso a la consulta prenatal por largas colas	
Acceso al establecimiento de salud	Se tomara al 100% de las gestantes que se ha tomado como referencia.				
Trámites (admisión, seguro)					
Trato del personal					
Infraestructura adecuada					
Tiempo de espera					
¿Cuáles son los factores familiares asociados al inicio tardío de la atención prenatal?	Identificar los factores familiares asociados al inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes.				
¿Cuáles son los factores institucionales asociados al inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes?	Identificar los factores institucionales asociados al inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes.				

ANEXO N°2: Consentimiento Informado

FACTORES ASOCIADOS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD “SAN CARLOS” DEL DISTRITO DE COMAS DURANTE LOS MESES DE MAYO A JULIO DEL AÑO 2015.

Descripción:

Usted ha sido invitada a participar en una investigación sobre los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal. Esta investigación es realizada por la Bachiller Espinoza Quispe Adriana Esther, en el Puesto de Salud San Carlos, ubicado en el distrito de Comas.

El propósito de esta investigación es identificar las principales causas que ocasionaron el inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes que se atienden en el Puesto de Salud. Usted fue seleccionada para participar en esta investigación, ya que se aplicaran una serie de preguntas que deberá de contestar de manera clara, precisa y veraz. Se espera que en este estudio participen aproximadamente 45 personas como voluntarias.

Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará su colaboración para el llenado de un cuestionario y dar su permiso para usar datos de forma anónima, el cuestionario estará dividido en 2 partes: uno donde se recabará información sociodemográfica (16 preguntas) y la segunda parte con 24 preguntas cerradas sobre los factores personales, familiares e institucionales asociados al inicio tardío de la atención prenatal. El participar en este estudio le tomará un tiempo de 10 minutos.

Riesgos y beneficios:

Los riesgos asociados a este estudio son mínimos puesto que no afectará directamente la integridad física de la persona, mas puede causar incomodidad por indagar en la vida de la paciente, por ende, para dar seguridad a nuestras pacientes no se consignaran los nombres y apellidos de las mismas. El desarrollo de este estudio beneficiará a la comunidad científica puesto que obtendremos información sobre las mujeres que se encuentren gestando.

Confidencialidad:

Se guardará absoluta confidencialidad de los datos de los participantes y en la publicación se mantendrá el anonimato de los participantes incluidos.

Incentivos:

Los participantes de este estudio no recibirán incentivos monetarios algunos

Derechos:

Si ha leído este documento, es necesario que entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con la Bachiller Espinoza Quispe Adriana Esther al 949301947 (investigador responsable).

Si firma este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Nombre del participante

Firma

Fecha

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con el arriba firmante. Le he explicado los riesgos y beneficios del estudio.

ANEXO N°3: Ficha de Recolección de Datos

N° Encuesta:

Estimada usuaria, estamos interesados en conocer el inicio de su atención prenatal. Sus respuestas son totalmente confidenciales. Agradeceremos su participación y le pedimos que sea absolutamente sincera con cada respuesta.

I. Información sociodemográfica

1. Edad: _____ años
2. Estado civil: Soltera () Conviviente () Casada () Divorciada () Viuda ()
Separada ()
3. Grado de instrucción: Sin Instrucción () Primaria Incompleta () Primaria Completa ()
Secundaria Incompleta () Secundaria Completa () Superior Técnico () Superior Universitario ()
4. Ocupación:
Ama de Casa () Estudiante () Comerciante () Otros ()
5. Trabaja actualmente: Si () No ()
6. Lugar de procedencia: _____
7. Actualmente vive con pareja: Si () No ()
8. Ingreso económico promedio en el hogar:
 - a) menor o igual a S/. 750
 - b) de S/. 750 a S/. 1000
 - c) de S/. 1000 a S/. 2000
 - d) más de 2000.
9. Apoyo económico de:
 - a) Su pareja
 - b) Sus padres
 - c) Algún familiar
 - d) Amistades.
10. Número de veces que ha estado embarazada
 - a) Solo 1 vez
 - b) 2 veces
 - c) 3 veces
 - d) Más de 3 veces.
11. Número de hijos:
 - a) Ninguno
 - b) 1 hijo.
 - c) 2 hijos.
 - d) De 3 a más hijos.
12. Número de partos
 - a) Ninguno
 - b) 1 hijo.
 - c) 2 hijos.
 - d) De 3 a más hijos.
13. Número de abortos
 - a) Ninguno
 - b) 1 aborto
 - c) 2 abortos.
 - d) De 3 a más abortos.
14. Edad gestacional con que inicia su control prenatal:
 - a) De 14 a 26 semanas.
 - b) Mayor de 26 semanas.
15. A los cuantos meses se enteró que estaba embarazada:
 - a) Menor o igual de 3 meses
 - b) De 4 a 6 meses.
 - c) Más de 6 meses.
16. Luego de cuantos años está embarazada nuevamente:
 - a) Ninguno.
 - b) Menos de 2 años.
 - c) Entre 2 a 5 años.
 - d) Más de 5 años.

ANEXO N°4: Cuestionario para determinar los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes atendidas en el Puesto De Salud “San Carlos”

Marque con un aspa (X) en SI al enunciado que considera positivo y No al enunciado negativo; ante las siguientes afirmaciones.

I. INFORMACIÓN PERSONAL	SI	NO	PORQUE
1. ¿Supo Ud. que estaba embarazada cuando acudió a consulta? Tenía la seguridad de estar embarazada cuando acudió a la consulta.			
2. ¿En los últimos años, Ud. fue víctima de algún tipo de maltrato, que impidió acudir a su primera consulta prenatal?			
3. ¿Algún problema de salud aplazó el inicio de su primer control prenatal?			
4. ¿Los problemas de dinero, hicieron que aplase su asistencia al primer control prenatal?			
5. ¿El trabajo hizo que aplase su asistencia al primer control prenatal?			
6. ¿El cuidado de los hijos hizo que aplase su asistencia al primer control prenatal?			
7. ¿Una experiencia negativa de atención en algún establecimiento de salud hizo que aplase su asistencia al primer control prenatal?			
8. ¿Para Usted es importante asistir a los controles prenatales?			
II. INFORMACIÓN FAMILIAR	SI	NO	PORQUE
9. ¿Algún problema familiar influyó negativamente para que retrase su control prenatal?			
10. ¿La falta de apoyo de su familia al enterarse de su embarazo, fue un motivo para que retrase su consulta prenatal?			
11. ¿La relación con su pareja es inapropiada?			
12. ¿El apoyo de su pareja la motivó para el inicio del control prenatal?			
13. ¿Su pareja mostró interés por acompañarla a su primer control prenatal?			
14. ¿Ud. siente que su entorno familiar aceptó su embarazo?			
III. INFORMACIÓN INSTITUCIONAL	SI	NO	OBSERVACIONES
15. ¿El costo de la consulta prenatal es adecuado?			
16. ¿Se le es difícil acceder a la consulta prenatal por las largas colas para sacar cita?			
17. ¿Tiene dificultad para llegar al establecimiento de salud?			
18. ¿El horario de la atención del servicio obstetricia es compatible con su tiempo?			
19. ¿Los trámites que se realizan en el establecimiento (admisión, seguro, etc.) influyeron en el inicio de su consulta prenatal?			
20. ¿El trato y la forma de atención durante el momento de conseguir la cita en el Puesto de salud, influyó en el inicio de su consulta prenatal?			
21. ¿Considera que el consultorio de Obstetricia tiene una estructura adecuada?			
22. ¿Considera que el tiempo de espera para inicio de las consultas es el adecuado?			