



UNIVERSIDAD “ALAS PERUANAS” – FILIAL ICA

FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

**“FACTORES PREDISPONETES DE DESERCIÓN EN
ATENCIONES PRENATALES EN LAS GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL
SOCORRO, ENERO – JULIO 2016”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

PRESENTADO POR:

Bach. FIORELLA ABIGAIL GARCIA VARGAS

ICA-PERU

2016

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía y luz en cada momento de mi vida, y por darme el amor de los que me rodean.

A mi madre, quien siempre me apoya constantemente y ser mi aliento para seguir en mis metas trazadas.

A mis maestros, por su gran labor en mi formación profesional.

A todas aquellas personas que me dieron su apoyo para seguir en mis metas trazadas.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Privada Alas Peruanas, por darme la oportunidad de desarrollarme profesionalmente, y por ser mi primera casa de estudios profesionales.

Al cuerpo de docentes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Alas Peruanas Filial Ica, por transmitirme todos sus conocimientos y virtudes en cada etapa de mi carrera profesional.

A mi asesor, por darme todo su apoyo y guía para el desarrollo y finalización del desarrollo de la presente investigación.

A las autoridades del Hospital Santa María del Socorro de Ica, por darme su autorización para el desarrollo de la presente investigación.

A las gestantes del Hospital Santa María del Socorro, por darme todas las facilidades y su participación en la ejecución del presente estudio.

A todos gracias por su apoyo para seguir en mis metas trazadas.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores predisponentes de deserción de la atención prenatal en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el periodo Enero-Julio 2016. **Material y métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal, muestra de 89 gestantes, como técnica entrevista y encuesta, e instrumento un cuestionario con 3 dimensiones: Factores personales, médicos e institucionales. Se utilizó frecuencias absolutas y porcentuales. **Resultados:** Factores personales, predominan las gestantes con edades entre 18 a 24 años, el tener educación secundaria, el ser conviviente, según el número de gestaciones multigesta, en la condición de desempleada, Asimismo se evidenció como factores decisivos el apoyo familiar con 48.31% que solo a veces lo recibe y 28.09% siempre; el no conocer la importancia de la atención prenatal 68.54%. Se encontraron factores médicos como: la atención recibida: 76.41% afirma que sólo a veces está satisfecha, 74.16% refiere que solo a veces el personal realiza los procedimientos eficientemente, el 62.92% sólo a veces ha recibido un buen trato, 71.91% afirma que sólo a veces hay una buena calidad de atención, y 77.53% sólo a veces recibió consejería y educación por parte del personal de salud. En cuanto a factores institucionales, las gestantes afirmaron que el 53.93% el ambiente donde se realiza su atención prenatal es adecuado, 61.8% a veces se siente cómoda en las instalaciones ,57.30% a veces el tiempo de espera para la atención es muy prolongado y 87.64% existe a veces dificultad para conseguir las citas. **Conclusiones:** Los factores predisponentes de mayor impacto son los relacionados con la edad, condición laboral de la gestante, grado de instrucción, número de gestaciones, ingresos económicos, no conocer la importancia de la atención prenatal y que a veces tiene dificultad para conseguir citas, a veces el tiempo de espera es muy prolongado.

Palabras clave: factores predisponentes, deserción, atención prenatal, gestantes, hospital

ABSTRACT

Objective: To determine the predisposing factors of prenatal care desertion in the pregnant women treated at the Hospital Santa María del Socorro de Ica in the period January-July 2016. **Material and Methods:** Descriptive cross-sectional study, sample of 89 pregnant women, as interview technique and survey, and a questionnaire with 3 dimensions: personal, medical and institutional factors. Absolute and percentage frequencies were used. **Results:** Personal factors, predominantly pregnant women aged 18 to 24 years, having secondary education, being cohabiting, according to the number of pregnancies multigesta, in the unemployed status, Also it was evidenced as decisive factors the family support with 48.31% that alone Sometimes he receives it and 28.09% always; Not knowing the importance of prenatal care 68.54%. Medical factors were found such as: care received: 76.41% stated that only sometimes satisfied, 74.16% reported that only sometimes the staff performed the procedures efficiently, 62.92% only sometimes received a good treatment, 71.91% said that Only sometimes there is good quality of care, and 77.53% only sometimes received counseling and education from health personnel. Regarding institutional factors, the pregnant women stated that 53.93% of the environment where their prenatal care is performed is adequate, 61.8% are sometimes comfortable in the facilities, 57.30% sometimes the waiting time for care is very long and 87.64% sometimes there is difficulty in getting the appointments. **Conclusions:** The predisposing factors of greatest impact are those related to the age, work status of the pregnant woman, educational level, number of gestations, economic income, not knowing the importance of prenatal care and sometimes having difficulty getting appointments, sometimes The waiting time is very long.

Keywords: Predisposing factors, desertion, prenatal care, pregnant women, hospital

ÍNDICE

CARATULA.....	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
ÍNDICE.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPITULO I.....	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	9
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
1.3. FORMULACION DEL PROBLEMA	11
1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL.....	11
1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS	12
1.4. OBJETIVOS	12
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	12
1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	12
1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	13
1.5.1. HIPÓTESIS.....	13
1.5.2. VARIABLES.....	13
1.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	14
1.6. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	15
1.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	15
1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	15
1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN.....	16
1.7.1. POBLACIÓN.....	16
1.7.2. MUESTRA	16

1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	17
1.8.1. TÉCNICAS	17
1.8.2. INSTRUMENTOS	17
1.9. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION.....	18
CAPÍTULO II.....	21
MARCO TEÓRICO	21
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
2.2. BASES TEÓRICAS	28
2.3. DEFINICION DE TERMINOS BASICOS.....	41
CAPÍTULO III.....	44
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	44
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	65
CONCLUSIONES	69
RECOMENDACIONES.....	70
ANEXOS.....	71
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	72
MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	76
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.....	77

INTRODUCCIÓN

En nuestro país, uno de los avances en el mejoramiento de la calidad de vida y disminución de la morbi-mortalidad materno-perinatal es la implementación de la atención Prenatal a las gestantes de todas las clases sociales y niveles socioeconómicos, siendo indispensable que la mujer que está en periodo de gestación, reciba todas las atenciones y controles necesarios de desarrollo fetal y salud materna, evitando así complicaciones futuras durante el parto y puerperio.

Sin embargo, a pesar de que el Ministerio de Salud de nuestro país realiza todos los esfuerzos posibles para que las mujeres gestantes puedan acceder a una atención prenatal reenfocada, existen aún obstáculos relacionados a diversos factores que dificultan o conllevan a la deserción de la atención prenatal en las mujeres, sobre todo en aquellas que viven en zonas marginadas y de escasos recursos económicos. Tal es el caso del Hospital Santa María del Socorro, en donde acuden mujeres con estas características, las cuales requieren de ayuda y orientación que posibiliten el acceso completo a la atención prenatal durante todo el embarazo.

El presente estudio, se ha desarrollado con el objetivo de determinar cuáles son esos factores predisponentes que se asocian la deserción de la atención prenatal en las gestantes que acuden al Hospital Santa María del Socorro durante el periodo enero-julio 2016, lo cual permitirá tomar acciones y medidas a nivel institucional para mejorar la calidad de vida de las madres y sus productos.

Considero que el presente estudio tiene gran relevancia e importancia para conocer las características sociodemográficas y de percepción en cuanto a la eficiencia de la atención prenatal, teniendo como objetivo romper las barreras que dificultan el acceso a dicho programa.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

En el año 2000 durante la Cumbre del Milenio desarrollada con la presencia de 189 Jefes de Estado y de Gobierno, convocados por las acciones Unidas se establecieron ocho compromisos denominados Objetivos de Desarrollo del Milenio para impulsar el desarrollo y luchar contra la pobreza extrema hasta el 2015, la Comunidad Internacional se comprometió a través del quinto objetivo del Milenio a reducir la Razón de Mortalidad Materna en tres cuartas partes (75%) en el periodo comprendido entre 1999 y el 2015.⁽⁴²⁾

La mortalidad materna mundial se ha reducido entre los años 1990 y 2015, evidenciándose un progreso constante en la reducción de la misma, ya que la razón de muerte materna (RMM) global ha disminuido en un 44%, desde el año 1990 (RMM de 385 por cada 100,000 nacidos vivos) al año 2015 (RMM de 216 por cada 100,000 nacidos vivos), estimándose que un total de 13.6 millones de mujeres han muerto en los últimos 25 años (1990 y 2015) por causas maternas.⁽⁴²⁾

La evolución de la mortalidad maternidad en Sudamérica desde 1990, la reducción esperada según el objetivo de desarrollo del milenio 5 para el 2015, la mortalidad materna se espera en Uruguay un 21 RMM por 100.00 nacidos vivos, siendo un 87%, en Chile 10 RMM por 100.00 nacidos vivos, siendo un 59% y en Perú 70 RMM por 100.00 nacidos vivos, siendo un 67%.⁽⁴³⁾

La estimación de mujeres que pierden la vida debido a complicaciones de embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación disminuyó en un 64,9%, entre los periodos 1990-96 y 2004-2010, al pasar de 265 a 93 muertes maternas por cada 100.000 nacimientos; para el año 2015, siendo la meta (66,3 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos).⁽³⁾

Aproximadamente un 20% de la población del país tiene posibilidades de acceder a los servicios del seguro social, sólo el 12% accede a los servicios privados y 3% es atendido por la Sanidad de las Fuerzas Armadas (FFAA) y de la Policía Nacional del Perú (PNP). El 40% depende de los servicios del Ministerio de Salud y se estima que un 25% del total no tiene posibilidades de acceder a ningún tipo de servicio de salud⁽²⁾.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) determinó para el año 2014 que en el Perú, el 96,9% de las gestantes recibió control prenatal por personal calificado (médico u obstetra), en particular, en Ica 43,2% son atendidas por médicos, 56,1% por obstetras; y que el 94,9% tuvo 4 a más controles prenatales⁽³⁾.

Por su parte, el Instituto Nacional Materno Perinatal, ubicado en la ciudad de Lima, identificó que la cobertura de gestantes con más de 6 controles prenatales (gestantes controladas) sólo llegó al 50,3% para el año 2013⁽⁴⁾, por lo que se tiene que la mitad de gestantes no concluyen sus controles, y con ello se evidencia la triste realidad en relación a que no se cumplen con los objetivos del control prenatal. Se sabe que en Perú, las gestantes que acuden a la APN y además tienen su parto en un establecimiento de salud con capacidad resolutive, tienen un riesgo 4.5 veces menor de morir, que aquellas que no se controlan y tienen parto domiciliario.⁽⁴⁰⁾

Es por eso que la APN constituye uno de los pilares de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, tanto en el Perú como en todo el mundo, ya que la adecuada aplicación de estos conceptos y el conocimiento de los factores asociados a ellos, permiten reducir las tasas de morbilidad materna y perinatal.⁽⁴¹⁾

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. DELIMITACIÓN SOCIAL

El estudio se llevó a cabo en las pacientes gestantes que se atienden en el Hospital Santa María del Socorro Ica.

1.2.2. DELIMITACIÓN ESPACIAL

El estudio se realizó en el Hospital Santa María del Socorro de la ciudad de Ica.

1.2.3. DELIMITACIÓN TEMPORAL

El estudio se desarrolló en el periodo de Enero - Julio del 2016.

1.2.4. DELIMITACION CONCEPTUAL

La investigación corresponde al área de Ciencias de la Salud, y tiene por alcance mejorar la calidad de vida materno-fetal mediante el análisis de los principales factores predisponentes de deserción de la atención prenatal, abordando el problema mediante acciones y medidas a nivel institucional y social.

1.3. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuáles son los factores predisponentes de deserción en la atención prenatal en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, Enero – Julio del 2016?

1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

P.E.1. ¿Cuáles son los factores personales en la deserción en la atención Prenatal en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, Enero – Julio del 2016?

P.E.2. ¿Cuáles son los factores médicos en la deserción en la atención Prenatal en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, Enero – Julio del 2016?

P.E.3. ¿Cuáles son los factores institucionales en la deserción de la atención Prenatal en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, Enero – Julio del 2016?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores predisponentes de deserción en la atención prenatal en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, Enero – Julio del 2016.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

O.E.1. Identificar los factores personales en la deserción en la atención prenatal en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, Enero – Julio del 2016.

O.E.2. Analizar los factores médicos en la deserción en la atención prenatal en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, Enero – Julio del 2016.

O.E.3. Determinar los factores institucionales en la deserción en la atención prenatal en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, Enero – Julio del 2016.

1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. HIPÓTESIS

De acuerdo con la naturaleza y los objetivos del presente estudio, por ser descriptivo, no requiere del planteamiento de hipótesis. Al respecto, los estudios descriptivos por el hecho de que están enfocados en la caracterización de un hecho, fenómeno o grupo con el fin de establecer su estructura o comportamiento no requieren de hipótesis ⁽⁵⁾. Sin embargo, tal característica no le resta importancia científica ya que sirven como base cognoscitiva para estudios analíticos y experimentales en donde si es necesario el planteamiento de hipótesis ⁽⁶⁾. En efecto, los estudios descriptivos por su alcance solo requieren de una estadística descriptiva y no inferencial, ya que no tienen hipótesis ⁽⁷⁾.

1.5.2. VARIABLES

- **Variable Única**

- ✓ Factores predisponentes de deserción de la atención prenatal.

Dimensiones de la variable

- Factores Personales
- Factores Médicos
- Factores Institucionales

1.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	FUENTE: INSTRUMENTO
<p>VARIABLE PRINCIPAL</p> <p>Factores predisponentes de deserción de la atención prenatal</p>	<p>FACTORES PREDISPONETES</p> <p>Son aquellos aspectos que dificultan el acceso a la atención prenatal.</p> <p>Pueden ser tanto personales, como médicos e institucionales.</p>	Factores personales	a) Edad b) Grado de Instrucción c) Lugar de Procedencia d) Estado civil e) Edad gestacional f) Número de Gestaciones g) Ingreso económico h) Condición laboral: empleada - desempleada i) Recibe apoyo de la familia j) La distancia de su casa al hospital le dificulta para llegar a la atención prenatal k) Conoce Ud. la importancia de la atención prenatal l) Miedo al examen ginecológico	<p>ENCUESTA A LAS GESTANTES: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</p>
		Factores médicos	1) Satisfecha con la atención recibida 2) Personal de salud es eficiente en los procedimientos de la AP 3) Recibió buen trato por parte del personal de salud 4) La Calidad de atención por parte del personal de salud es satisfactoria. 5) Recibe consejería y educación por parte del personal de salud para su atención prenatal.	
		Factores institucionales	a) El ambiente donde se realiza la AP es adecuado b) Se siente cómoda con las instalaciones y equipos cuando le realizan la atención prenatal c) El tiempo de espera para recibir la AP es muy prolongado d) Existe dificultad para conseguir las citas de AP en el hospital	

1.6. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

1.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo con la clasificación elaborada por Supo (2015), la presente investigación teniendo en cuenta la intervención del investigador, es una investigación prospectiva descriptiva, ya que el investigador describirá los principales factores predisponentes de deserción de la atención prenatal en las gestantes en estudio. Solo se limitó a estimar parámetros en la población de estudio ⁽⁸⁾.

Teniendo en cuenta el número de ocasiones en que se mide las variables de estudio, es una investigación de tipo transversal o sincrónica, ya que estas serán medidas en una sola oportunidad.

Es cuanti-cualitativa, ya que analizó cualidades de los factores asociados y los medirá numéricamente con datos porcentuales.

1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Investigación de nivel básico – descriptivo. Estos estudios, son aquellos que estudian situaciones que generalmente ocurren en condiciones naturales, más que aquellos que se basan en situaciones experimentales. Por definición, los estudios descriptivos conciernen y son diseñados para describir la distribución de variables, sin considerar hipótesis causales u otras ⁽⁹⁾.

1.6.3. METODO

El método empleado en el presente estudio será el inductivo, ya que se busca analizar cada variable individualmente y sobre ello se tomarán conclusiones finales.

1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN

1.7.1. POBLACIÓN

Para efectos del estudio la población está constituida por el conjunto de elementos que se ubican en una determinada área o ámbito de acción.⁽¹⁰⁾ Se estudió a las gestantes que fueron atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica para su parto el hospital que cumplieron con los criterios de selección; tiene una población asignada de 41.649 asegurados. En el año 2016 se atendieron 1279 partos (partos vaginales = 832, cesáreas = 447).

1.7.2. MUESTRA

La muestra se determinó mediante el número de casos en el cual se escogieron todas las gestantes que desertaron en algún momento de su embarazo en la atención prenatal, el cual ha sido obtenido teniendo en cuenta que la población es finita⁽¹¹⁾. Al evaluar el carnet perinatal se encontró una muestra de 89 gestantes desertoras, las cuales tienen < 6 atenciones prenatales.

- **Técnica:**

La información se obtuvo mediante una ficha de recolección de datos donde se consignaron las variables en estudio.

- **Criterios de Inclusión:**

- ✓ Gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica,
- ✓ Gestantes que tienen menos de 6 atenciones prenatales.
- ✓ Gestantes que aceptaron participar en la investigación.
- ✓ Gestantes atendidas para su parto.

- **Criterios de Exclusión:**

- ✓ Gestantes no atendidas en el Hospital Santa María del Socorro.
- ✓ Gestantes que tienen más de 6 atenciones prenatales.
- ✓ Gestantes que no aceptaron participar en la investigación
- ✓ Gestantes no atendidas para su parto

1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1. TÉCNICAS

Para el presente estudio se empleó tres técnicas, la primera es la observación documental del el carnet perinatal que permite la verificación de la asistencia de la atención prenatal. En segundo lugar se empleó la entrevista que permite indagar, explorar y registrar los factores predisponentes (personales, institucionales y médicos).

Asimismo también se considera, el fichaje, como tercera técnica en el presente estudio. A través de esta técnica se recogerá información pertinente sobre la variable de interés y estructurar el marco teórico de la investigación.

1.8.2. INSTRUMENTOS

Teniendo en cuenta la naturaleza de la investigación, se empleó como instrumentos de recolección de datos el carnet perinatal para verificar la participación de la gestante en la atención prenatal.

También se utilizó un cuestionario de preguntas validado por juicios de expertos en el tema, para conocer los factores predisponentes de deserción de la atención prenatal. El cual consta de los siguientes 21 ítems:

- Parte I. Datos personales: Con 12 ítems dirigidos a analizar: Edad, grado de instrucción, lugar de procedencia, estado civil, edad gestacional, número de gestaciones, condición laboral, apoyo familiar, distancia hacia el hospital, importancia de la atención prenatal y miedo al examen ginecológico.
- Parte II. Factores médicos: Con 5 ítems
- Parte III. Factores institucionales: Con 4 ítems

1.9. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION.

1.9.1. JUSTIFICACIÓN

Las razones que motivaron realizar el presente estudio, se plasman de la siguiente manera:

A. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

La atención prenatal constituye uno de los pilares de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; el Ministerio de Salud (MINSA) la define 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. Al respecto, el presente estudio se justifica a nivel teórico, ya que en la actualidad, existe un relativo vacío gnoseológico sobre el particular (deserción de la atención prenatal) debido a las pocas investigaciones o estudios que se han hecho en las Instituciones de Salud y Educativas de la región, en especial en la Universidad Alas Peruanas y en el Hospital Santa María del Socorro de la ciudad de Ica.

Asimismo, el presente estudio se justifica a nivel teórico, porque estuvo orientado a ampliar aún más la información que se tiene sobre la variable de interés (factores predisponentes de deserción) en el campo del conocimiento con la intención de explicar dicha variable de manera adecuada y detallada en atención a los factores que la predisponen (edad, grado de instrucción, lugar de procedencia, entre otros) en la gestante; con el fin de conocer mejor la problemática y sobre ello, establecer nuevas medidas para reducir la deserción a las atenciones prenatales y mejorar la salud materna y resguardar la vida del neonato.

B. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Actualmente en nuestro país, cada vez se está reduciendo más la falta de cobertura de servicios de salud a la población, tanto que ya se ha estimado que el problema de las atenciones de salud, ya no está en su cobertura, sino en su calidad, uno de los indicadores de calidad de la atención es justamente la deserción a la atención, cuando una gestante decide acudir a la atención prenatal tiene expectativas, pero estas se entrecruzan con sus percepciones y luego de experimentar algunas consultas, deciden no acudir más, motivo por el cual, no se puede concluir con todos los objetivos de la atención prenatal. Precisamente, la justificación práctica del presente estudio estuvo basada en los valiosos conocimientos que se obtendrán a través de las conclusiones del estudio sobre la deserción en las atenciones prenatales en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro; conocimientos que han de servir como referentes para que las autoridades en el campo de la salud y gubernamentales tomen acciones inmediatas y elaboren propuestas concretas y sociales para mejorar el servicio de salud, la atención de salud y la educación con la finalidad de mitigar dicha deserción en la población gestante, lo que a su vez, permitirá crear educación sanitaria en las gestantes y fortalecer el compromiso social que tiene el Estado (Ministerio de Salud y de los Gobiernos Locales y Regionales) con sus habitantes (comunidad iqueña).

1.9.2. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Por ser la atención prenatal un aspecto de significativa importancia para el bienestar materno-infantil y para un desenlace exitoso del proceso de la gestación, nacimiento, parto y postparto, ya que sus acciones, actividades, procedimientos e intervenciones se realizan con el objetivo de disminuir y evitar riesgos que comprometan la vida del binomio madre-hijo; explorar y describir la percepción de las gestantes, contribuirá a comprender mejor aquellas áreas que necesiten ser abordadas con mayor profundidad y, al mismo tiempo, reflexionar sobre las fortalezas y debilidades que presenta la atención prenatal para mantenerlas y/o mejorarlas.

Ante ello, el estudio se configura como un estudio técnico, objetivo y válido que se realiza para poner en evidencia ciertos rasgos o características que se manifiestan en las gestantes que no acuden a la atención prenatal, constituyéndose a la vez en un documento básico de referencia que servirá como herramienta de informativa para identificar a las pacientes que no han de concluir sus atenciones.

Asimismo, con el estudio se pretende facilitar la labor de estudiantes de pregrado, postgrado y profesionales de diferentes disciplinas interesados en conocer más sobre la temática de salud y particularmente en lo que atañe a las características que presenta la gestante que no acude a la atención prenatal, así como aquellos que pretenden realizar estudio más especializados sobre el tema.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

Se encontraron los siguientes estudios relacionados al tema:

ANTECEDENTES INTERNACIONALES.

- ❖ **El estudio de Álvarez Y. et al (2014)⁽¹²⁾ titulado: Análisis de la captación tardía de las gestantes al control prenatal de la empresa social del estado Hospital Regional Noroccidental, IPS Abrego en el Primer semestre del año 2014. Colombia.** El objetivo fue determinar las causas de la captación tardía a los controles prenatales. En sus resultados encontraron lo siguiente: Edad 19- 24 años con un 35%, resaltando como alarmante el porcentaje de 18% a las mujeres menores de 18 años; además de ello estas gestantes en su gran mayoría presentan una cultura de un estado civil de Unión Libre con el 56,1%; dedicadas a las actividades en el hogar con un 97,7%, resaltando que ninguna de ellas está laborando actualmente. Lo más importante es el apoyo que reciben estas mujeres por su familia, en la población estudiada se observó un comportamiento favorable debido a que el 42% de ellas lo reciben en cada momento, 57% no siempre, y 1% no reciben ningún tipo de apoyo. Según las condiciones geográficas, económicas y culturales; se logró concluir en barreras geográficas con un 49%; son las de mayor obstáculo para las gestantes en para lograr una captación temprana debido a que son mujeres de localidades lejanas de más de 4 horas de trayecto al centro de 73 salud más cercano; además de ello estas barreras se encuentran asociados con la dificultad económica de estas gestantes en el sostenimiento de sus hogares. En el nivel de sensibilización de las maternas sobre la importancia del control prenatal, se muestra en sus resultados de esta variable que la importancia dada por las gestantes con respecto al inicio temprano al control prenatal se encuentra en el 52,8% solo algunas veces consideran importante, además de ello un 6,7% No lo consideran importante su inicio temprano.

El 50,5% de las gestantes muestran interés en saber y lograr tener un embarazo responsable en relación de sus cuidados. Cuando se indago a las gestantes sobre la adherencia al protocolo de atención por parte del personal asistencial; estas no respondieron en un 56,1% un adecuada atención siempre en sus controles por el personal de salud, seguida con un porcentaje muy relevante e importante del 26,9% manifestando recibir una atención con calidad por parte de estos funcionarios. En el primer semestre del año 2014 las causas se deben, a las barreras de acceso al control: las Barreras demográficas con un 49%; barreras socioculturales: 7%; barreras económicas: 35%; disponibilidad de los servicios de salud: 5%; barreras en la afiliación a los servicios: 4%.

- ❖ **El estudio de Ordoñez J. (2014)⁽¹³⁾ titulado: Factores que inciden en el abandono del control prenatal en las embarazadas, usuarias del centro de salud El Cambio en el periodo Agosto a Noviembre 2012. Ecuador.** Tuvo por objetivo identificar los factores que influyen en la atención prenatal de gestantes. Con 89 gestantes que acudieron a las consultas prenatales. De los que se obtuvieron los siguientes resultados: Factores socio económicos: el 52.81% de las gestantes son de estado civil unión libre, y el 64.047% son amas de casa. Las gestantes son en su mayoría de 15 a 26 años madres muy jóvenes y que tienen un bajo conocimiento sobre la importancia del control prenatal de las cuales el 15.73% indicó no saber la importancia de un control oportuno y los riesgos que ocasionan al no llevar un control prenatal oportuno y esto se debe a que el 75.28% de las gestantes refirió no haber recibido suficientes charlas educativas dentro de la institución. Con relación al trato recibido el 80.90% está satisfecha con el trato que reciben, de los cuales el 20.22% manifiestan que tardan mucho en la atención y el 70.79% consideran que es por el número elevado de pacientes. Es por esto que se elaboró una propuesta donde se dictó charlas a 89 gestantes del Subcentro de salud El Cambio sobre la Importancia del Control Prenatal.

- ❖ **El estudio de Castillo I. et al (2013)⁽¹⁴⁾ titulado: Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en el Zodes Dique del Departamento de Bolívar. Cartagena, Colombia.** Tuvo por objetivo determinar cuáles son esos factores que inciden en el inadecuado control prenatal. Se estimó una muestra de 659 mujeres embarazadas. En sus resultados encontraron que: Fueron incluidas 659 mujeres embarazadas, con un promedio de edad de 23 años. La prevalencia de uso adecuado de control prenatal fue de 53,3%. Se encontró que ser mayor de 23 años (OR: 1,4 IC: 1,1-1,9), tener estudios superiores a secundaria (OR: 1,6 IC: 1,2-2,3), tener pareja (OR: 1,9 IC: 1,2-3,0), percibir apoyo familiar (OR: 3,2 IC: 1,1- 9,2), tener un embarazo planeado (OR: 2,2 IC: 1,5-3,0), ser empleadas (OR: 2,3 IC: 1,2- 4,2), contar con afiliación en salud (OR: 3,8 IC: 1,2-11,8) y pertenecer a una familia pequeña (OR: 1,3 IC: 1,2-1,8) se asocian al uso adecuado del control prenatal. Conclusión: Los factores asociados a la utilización adecuada del control prenatal por las mujeres del ZODES Dique de Bolívar, son principalmente personales, familiares y socio sanitarios.

ANTECEDENTES NACIONALES.

- ❖ **Camarena P. (2011)⁽¹⁵⁾ realizó la investigación titulada "Asociación entre los factores de abandono al control prenatal en gestantes atendidas en el Hospital Marino Molina -Essalud - 2011".** Tesis para optar el grado de magister en Gerencia en Servicios de Salud en la Universidad Nacional Mayor de san Marcos, en Lima, Perú. La metodología empleada en la investigación es tipo de casos y controles, y estuvo dirigido a las gestantes atendidas en el Hospital I Marino Molina Scippa- Red Asistencial Sabogal- Essalud. La investigadora en su estudio arribó a las siguientes conclusiones:
 - Se encontró que la importancia del control prenatal, el poco tiempo para la consulta, la incoordinación en los servicios, el número de gestaciones, el olvido de las citas, la ubicación lejana del lugar de atención, el control prenatal de baja calidad y la percepción de la calidad del control prenatal explican el 73,1% del abandono al control prenatal en Hospitales nivel I

de EsSalud. No se encontraron diferencias significativas entre los factores institucionales y el abandono al control prenatal.

- En cuanto a los factores personales, no hubo diferencias significativas para los factores edad extrema, embarazo no planificado, primaria incompleta, soltera sin pareja estable, domicilio lejano del lugar de la atención prenatal, estar desempleada, dificultades de asistir por los quehaceres domésticos, poco apoyo de la familia y multiparidad. Hubo diferencias significativas para dificultades en permisos en el trabajo, el olvido de las citas y la importancia del control prenatal.
- Con respecto a los factores médicos no hubo diferencias significativas para el factor relación médico-paciente insatisfactoria, trato inadecuado, maltrato por parte del profesional, relación médico-paciente impersonal y miedo al examen ginecológico. Empero, hubo diferencias significativas para consulta prenatal de baja calidad, percepción de calidad de atención y el abandono al control prenatal.

❖ **Munares O. (2011)⁽¹⁶⁾ realizó la investigación titulada "Factores asociados al abandono al control prenatal -Instituto Nacional Materno Perinatal - 2011".** Tesis para optar el grado de magister en Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en Lima, Perú. La metodología empleada en la investigación es tipo prospectivo, transversal, analítico y cuantitativo con diseño de casos y controles, y estuvo dirigido a las pacientes atendidas para su parto en el Instituto Nacional Materno Perinatal. El investigador en su estudio arribó a las siguientes conclusiones:

- Se encontró que existe asociación de los factores sociales con las dificultades de permisos en el trabajo, dificultades por quehaceres domésticos y el abandono al control prenatal.
- Se encontró que existe asociación de los factores institucionales con el trato inadecuado, relación profesional de la salud-paciente insatisfactoria, relación profesional de la salud paciente impersonal, episodios de maltrato por parte del profesional, incoordinación en el servicio, tiempo de espera largo, servicios incompletos (equipos y

materiales), calidad inadecuada del control prenatal y consultorio prenatal difícil de ubicar.

- Se encontró que existe asociación de los factores personales con el olvido de las citas, dificultad para el cuidado de los hijos, multiparidad y el abandono al control prenatal.
- Se evidencio que la dificultad de permisos en el trabajo, gastos por exámenes no disponibles, servicios incompletos y difícil ubicación del consultorio prenatal se asocian al número de controles prenatales.
- El modelo multivariado arrojó asociación para el abandono al control prenatal con dificultades de permisos en el trabajo, dificultades por quehaceres domésticos; servicios incompletos; consultorio prenatal difícil de ubicar y calidad inadecuada del control prenatal.

❖ **Saavedra A. (2014)⁽¹⁷⁾ realizó la investigación titulada "Factores asociados a patologías maternas y perinatales en ausencia de atención prenatal. Hospital Regional de Loreto. Iquitos-Perú. Enero-Junio 2014".** Tesis para optar el título de Médico Cirujano en la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, en Iquitos, Perú. La metodología empleada en la investigación es tipo observacional analítico de casos y controles y retrospectivo, y estuvo dirigido a las gestantes que recibieron su parto en el Hospital Regional de Loreto. La investigadora en su estudio arribó a las siguientes conclusiones:

- Se determinó que el perfil más frecuente de gestantes que presentaron ausencia de control prenatal: gestante procedente de zona rural, que no cuenta con SIS, menor de 35 años, analfabeta o con grado de instrucción primaria, que sea ama de casa o tenga alguna ocupación que no le permita desarrollar autonomía, ser soltera o conviviente, multigesta y sin complicaciones en embarazos previos.
- Se determinó que el perfil más frecuente de gestantes que presentaron adecuado control prenatal: gestante procedente de zona urbana, que cuenta con SIS, cuya edad oscila entre 20 a 35 años, con grado de instrucción secundario o superior, que sea estudiante o

tenga una ocupación que le permita desarrollar autonomía, ser conviviente o casada, primigesta y en caso de ser multigesta, con algún antecedente patológico.

- Se encontró que los antecedentes maternos más frecuentes fueron: aborto, cesareada anterior, enfermedad infecciosa no especificada, pre-eclampsia, HTA, alergia a medicamentos y TBC, en ese orden.
- Se determinó que la ausencia de APN tuvo asociación estadísticamente significativa a la presencia de complicaciones durante el embarazo, dentro de las cuales las más frecuentes fueron: anemia, ITU, RPM, pre-eclampsia, oligohidramnios, SFV y amenaza de parto pre-término, en ese orden.
- Se asoció de manera estadísticamente significativa a la ausencia de APN con la necesidad de hospitalización por complicaciones en el embarazo actual y la presencia de complicaciones durante el parto.
- Se determinó que la ausencia de APN actuó como factor de riesgo generando 15 veces más probabilidades de presentar muerte fetal, siendo este hecho estadísticamente significativo.
- Se encontró que el perfil más frecuente de un recién nacido producto de una gestación sin atenciones prenatales fue: sexo masculino, pre-término, pequeño para su edad gestacional, con peso <2500gr, con mayor riesgo de microcefalia y mayor riesgo de tener APGAR <6 puntos a los 5 minutos.
- Dentro de los diagnósticos patológicos de egreso más frecuentes del recién nacido se encontró: prematuridad, sepsis, hipoglicemia neonatal y asfixia del nacimiento.

ANTECEDENTE REGIONAL

Marchan Y. (2013) ⁽¹⁸⁾ realizó la investigación titulada "Percepción de las gestante acerca de la calidad del control prenatal, Centro de Salud de Parcona - Ica". Tesis para optar el grado de licenciada en Obstetricia en la Universidad Alas Peruanas, en Ica, Perú. La metodología empleada en la investigación es tipo descriptivo, transversal y prospectivo, y estuvo dirigido a las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Parcona. La investigadora en su estudio arribó a las siguientes conclusiones:

- Se determinó la insatisfacción global en el control prenatal por parte de las gestantes, lo que ocasiona un déficit de calidad en la atención brindada en el Centro de Salud de Parcona.
- Se encontró insatisfacción en las dimensiones del estudio: empatía, elementos tangibles y seguridad, en tanto que solo había satisfacción en las dimensiones: fiabilidad y capacidad de respuesta.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. ATENCIÓN PRENATAL

Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud. Involucra un conjunto de acciones en visitas de parte de la embarazada al establecimiento de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad ⁽³⁶⁾, que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal ⁽¹⁹⁾. El control prenatal debe ser eficaz y eficiente (cobertura máxima sobre el 90% de la población obstétrica), es un indicador relevante de la conducta preventiva de la embarazada ⁽²⁰⁾. Al respecto, la adecuada aplicación de estos conceptos, permitirá mantener las tasas de morbi-mortalidad materna y perinatal en niveles aceptables ⁽²¹⁾.

Lo ideal es que el control prenatal se inicie lo más tempranamente posible, lo adecuado antes del primer trimestre (14 semanas-de gestación) ⁽²⁴⁾, con el control prenatal se persigue la administración de contenidos educativos para toda la familia, detección de enfermedades maternas, prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de complicaciones maternas, vigilancia del crecimiento fetal y vitalidad fetal. Disminución síntomas asociados al embarazo y la preparación física y psicológica de la gestante.

2.2.2. OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN PRENATAL

La literatura indica una serie de objetivos que pueden realizarse en el la atención o control prenatal. De este modo, se espera detectar y tratar oportunamente la morbilidad obstétrica y perinatal. La primera hace referencia a los eventos que se presentan en la embarazada y que pueden influir negativamente en la salud y el bienestar de madre e hijo. Los objetivos del control prenatal son ⁽²⁶⁾:

a) Identificar factores de riesgo materno y fetal. Se encuentran bajo el marco de la "Prevención", la finalidad es hallar gestantes que tendrán mayor probabilidad de presentar un evento adverso. Desde la primera visita hasta la culminación de la gestación en el parto, la identificación de los factores de riesgo maternos, fetales y perinatales son necesarios en los controles prenatales. Se manejan las propuestas de las Guías Nacionales, con entrevista, examen clínico y exámenes auxiliares. Los controles prenatales, tienen la posibilidad de ser "Predictivos" es decir, tener la capacidad de aplicar pruebas que nos permitan saber con determinada sensibilidad y especificidad, algunas patologías maternas asociadas, tal es el caso como los estados hipertensivos del embarazo, entre otros. En Venezuela, se encontró que la mortalidad perinatal se relacionó inversamente con el número de atenciones prenatales. Cuando disminuyó las atenciones prenatales, y cuando aumentaba las atenciones prenatales la mortalidad perinatal se reducía ⁽²⁷⁾.

b) Precisar con mayor exactitud la edad gestacional. La adecuada determinación de la edad gestacional, nos permitirá identificar el periodo correcto del embarazo y explicar con ello algunas conductas del mismo. Lo normado es la identificación a través de la fecha de última menstruación o como coloquialmente se indica "Fecha de última regla", y se complementa con el ultrasonido, la norma indica que cuando esta es más precoz, mejor capacidad de identificación tendrá. Conforme avanza el embarazo, es posible

complementar esta identificación con la medición de la altura uterina, cruzando estas tres técnicas, es muy probable tener una identificación adecuada de la edad gestacional ⁽¹⁶⁾.

c) Diagnosticar la condición fetal y vigilar, su desarrollo.

Existen una serie de mecanismos que nos permiten identificar la condición fetal, podríamos enmarcarlos en antropométricos como la medición de la altura uterina y los movimientos fetales que nos permiten indicar el crecimiento fetal. El peso materno nos permite saber si el producto y sus anexos están en crecimiento, entre los elementos clínicos tenemos a la mensuración, la aplicación de las maniobras de Leopold para identificar la posición fetal, la auscultación de los latidos cardiacos fetales, que eventualmente pueden realizarse con fetoscopio de Pinard (a partir de las 17 semanas), o actualmente con Doppler (a partir de las 8 semanas), así mismo tenemos la percepción del movimiento fetal. Se ha identificado que existe casi tres veces mayor probabilidad de terminar en parto pretérmino con control prenatal inadecuado ⁽²⁸⁾. Aplicando el índice de Kessner para la tipificación de control prenatal adecuado/inadecuado en relación al número de atenciones prenatales por semanas gestacionales, se ha encontrado que el peso al nacer es menor cuando es menor el número de controles prenatales, así mismo hubo relación entre el número de controles prenatales y la prematuridad, también se ha demostrado que el peso muy bajo al nacer es menos frecuente en los controles prenatales adecuados (2,9%) que en los controles prenatales inadecuados (15,7%)⁽²⁹⁾.

d) Educar a la pareja. Uno de los puntos aun no suficientemente desarrollados corresponde a la educación de la pareja, familia y comunidad, quizá porque aún no se tiene bien definido qué se puede entender por educación, el nivel que hay que llegar, los contenidos a entregar y la forma cómo debe de impartirse, actualmente tanto en

las atenciones prenatales, sesiones de Psicoprofilaxis y estimulación prenatal, se alienta a que la pareja acuda, para que vivencie los procesos que seguirán para la maternidad, el parto y la crianza.

- e) Disponer en un sólo documento, de toda la información mínima necesaria.** La Historia Clínica Materna Perinatal (HCMP) es un documento de fácil registro, y su manejo se realiza a través del Carné perinatal, el cual es de más ayuda para el que realiza el control prenatal, pero resulta poco provechoso en el parto y posparto, sobre todo porque en los hospitales, tienden a desestimar la información, pero aun así esta herramienta está normada en nuestro país ⁽³³⁾.

2.2.3. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCION PRENATAL

Idealmente el control prenatal debe cumplir con cinco atributos: precocidad, periodicidad, completitud, cobertura y gratuidad:

- a) Precocidad.** Se recomienda a las gestantes realizarse su atención prenatal lo más temprano posible antes del primer trimestre de gestación. Esto permite la ejecución oportuna de acciones de promoción, protección y recuperación de la salud de la gestante. Identificando precozmente las complicaciones durante el embarazo. En México el promedio de inicio del control prenatal es a los $15,8 \pm 8$ semanas ⁽³⁴⁾. En Argentina, donde se tienen coberturas del 99%, pero controles no precoces (<14 semanas), debido a no conseguir turno (33%), se realizó algún control previo en un centro de salud u otro establecimiento, razones laborales (13%), por atender a sus otros hijos (11%), por la distancia (9%), por desconocimiento (9%) y sólo 6% por razones económicas⁽³⁵⁾. En Uruguay se indicó que 12,7% acudió antes de las 14 semanas de gestación, las razones fueron estar totalmente seguras de estar embarazadas, temor de informar sobre el evento a familiares por ser soltera, adolescente o problemas de pareja ⁽³⁶⁾.

b) Periódico o continuo.

En la atención prenatal

- Una atención mensual hasta las 32 semanas
- Una atención quincenal entre la 33 a 36 semanas
- Una atención semanal desde las 37 semanas

Controles Mínimos

- Dos atenciones antes de las 22 semanas
- La tercera entre las 22 a 24 semanas
- La cuarta entre las 27 a 29 semanas
- La Quinta entre las 33 a 35 semanas
- La Sexta entre las 37 a 40 semanas

c) Completo o integral. un control prenatal completo, es aquel en la cual se ha cumplido con los objetivos planteados por el Ministerio de Salud, en el momento y tiempos previstos, tomando en cuenta la salud integral.

d) Extenso o de amplia cobertura. Se indica que el control prenatal debe llegar a todas las embarazadas, afortunadamente las coberturas en el Perú, según ENDES 2014 superan el 95%⁽⁴⁰⁾.

e) Gratuidad. En el Perú, las consultas prenatales son totalmente gratuitas tanto para el Ministerio de Salud, a través del Seguro Integral de Salud y últimamente por el Aseguramiento Universal de la Salud, así mismo en MINSA, también las consultas prenatales son gratuitas.

2.2.4. ACTIVIDADES EN LA ATENCIÓN PRENATAL

2.2.4.1. INDICACIONES GENERALES.

- a) Dieta.** El costo energético del embarazo es de 80.000 Kcal⁽³⁹⁾, Se debe insistir acerca de la preparación higiénica de los alimentos, evaluar y corregir la alimentación, teniendo impacto en el nacimiento de niños pequeños para la edad gestacional (hasta en un 30%). La dieta debe ser balanceada. Sólo el requerimiento de calcio y hierro aumenta. Se deben ingerir alrededor de 1200 mg de calcio elemental. Esta cantidad se encuentra en 5 porciones de lácteos/día (1 porción de 250 ml leche o 250 g de yogurt o 1 porción de queso o 1 huevo). Se ha documentado que una alimentación equilibrada previene hasta en 30% (IC95% 20-34%) el nacimiento de niños pequeños para su edad gestacional⁽⁴¹⁾.
- b) Higiene personal.** Debe observar las reglas de higiene general al mayor grado posible durante el embarazo, lo esencial del lavado de manos, el aseo personal y la vestimenta.
- c) Actividad física.** El ejercicio físico moderado es medida conveniente en la embarazada, e incluso las caminatas, el balanceo, la natación, son aconsejados en la Estimulación prenatal y la gimnasia obstétrica es aconsejada para la Psicoprofilaxis obstétrica. Se debe evitar el aumento sostenido de temperatura en la gestante, para no exponer al feto a hipertermia.
- d) Educación materna.** Ofrecer información veraz acerca de su condición y de los aspectos biológicos del embarazo. Un estudio realizado a profesionales que atienden el control prenatal encontró que en lo referente a la educación a la gestante 96% brindó educación en micronutrientes; 85,1% en lactancia materna; 40,4% sobre el puerperio, 55% sexualidad durante la gestación y 57% en cuidados del recién nacido⁽¹⁶⁾. La desventaja que tiene la educación materna en el control prenatal, es que no está normado, no hay

estudios que indiquen cómo abordarlos, cuáles metodologías educativas son las mejores, en qué circunstancias y cómo evaluarlas y realizar mejoras continuas a los contenidos⁽¹⁶⁾.

- e) Psicoprofilaxis obstétrica.** Implica la preparación física y mental de la gestante y pareja, para permitir que el nacimiento del producto, se realice en las mejores condiciones de colaboración física y mental. Sapién y Córdoba identificaron que la aplicación de la Psicoprofilaxis en el periodo prenatal a través de rutinas de ejercicios de fisioterapia obstétrica, relajación corporal y mental, técnicas de ventilación, posición de decúbito lateral izquierdo, extensión abdominal, simulacro de trabajo de parto, explicación de la rutina hospitalaria para parto, consejos sobre atención al recién nacido, pláticas sobre lactancia materna, cuidados y recomendaciones para mantener la salud en el embarazo son muy recomendables para las embarazadas⁽¹⁶⁾.

- f) Medicamentos.** Se recomienda suspender la administración de medicamentos y evitar la automedicación, sobre todo medicamentos en proceso de experimentación o ensayos clínicos.

- g) Consejería.** Incluir temas específicos, como: signos de alarma. Se debe reforzar la idea que estar embarazada no es estar enferma, evitando conductas sobreprotectoras o de descuido.

- h) Relaciones Sexuales.** La normalidad respecto a este tema, es lo que cada pareja esté en condiciones de aceptar. A lo largo del embarazo existen variaciones en la libido de la gestante, pero muchas veces esto se debe a temores y prejuicios, informar que las relaciones sexuales no dañan al feto y que su actividad sexual dependerá de su decisión, en relación al bienestar de la pareja.

i) **Tabaquismo y alcohol.** El consumo de alcohol durante el embarazo se asoció a bajo peso al nacer. El fumar se asoció a una variedad de efectos adversos para el feto, se debe realizar consejería desalentando el hábito tabáquico durante la gestación.

j) **Genética.** Existen pruebas para el diagnóstico prenatal de síndrome de Down y defectos del cierre del tubo neural. El triple esquema con marcadores serológicos en sangre materna con Alfafetoproteína baja, estriol no conjugado bajo, y Gonadotrofina coriónica humana aumentada, entre la semana 10 a 12 de gestación, identifica el 80% de los fetos con síndrome de Down con una tasa del 5% de falsos positivos.

2.2.4.2. ACCIONES PERIÓDICAS DE LA ATENCION PRENATAL

a) **Apertura del Carnet Perinatal e Historia Clínica Materno Perinatal.** Se identifica factores de riesgos en la madre y se registra en forma adecuada la evolución del embarazo, parto, puerperio y recién nacido⁽³⁸⁾.

b) **Medición de peso/talla materna.** Momento importante para evaluar el estado nutricional de la embarazada y el IMC ($\frac{\text{Peso}}{\text{Talla}^2}$), que ayudará a diagnosticar la ganancia del peso materno⁽³⁸⁾.

Clasificación de la valoración nutricional de las personas adultas según índice de masa corporal (IMC)

Clasificación	IMC
Bajo peso	< 19,8
Normal	19,8 a < 26
Sobrepeso	26 a < 29
Obesidad	>29

c) **Determinación de la presión arterial.** Si la presión sistólica es mayor o igual de 120 mm Hg o la diastólica mayor o igual a 90 mm Hg, o si hubiese un incremento de más de 30 mm Hg en la sistólica o 15 mm Hg en la diastólica, con relación a su presión basal, repetir la medición después de

media hora cuando la paciente está en reposo. después de persistir estos valores o haberse incrementado, se puede descartar hipertensión gestacional, hipertensión, hipertensión crónica, preeclampsia⁽³⁸⁾.

d) Examen clínico general. El profesional de salud debe explicar a la gestante el examen o procedimiento que realizara y solicitar su autorización. Se realiza el examen clínico por regiones y sistemas de acuerdo al examen clínico que se le realice. Se evalúa el estado general y su adaptación a la gestación y se permite detectar alteraciones que pueden afectar a la madre y al feto⁽³⁸⁾.

e) Examen de mamas. Evaluar e identificar anomalías anatómicas, nódulos y se hace seguimiento de los cambios durante el embarazo⁽³⁸⁾.

f) Examen ginecológico. Se procede a detectar precozmente vulvovaginitis, Infecciones de transmisión sexual (ITS) y/o cáncer cervicouterino, tratar y evitar complicaciones, momento oportuno para evaluar la configuración anatómica y determinar si es compatible para el parto⁽³⁸⁾.

g) Inspección odontológica e identificación focos sépticos, como producto de los cambios hormonales en las embarazadas, es posible observar una mayor frecuencia de lesiones de tejidos blandos, tales como, gingivitis gravídica, úlceras inespecíficas, granuloma piógeno y glositis migratoria benigna, sin embargo, estas alteraciones corresponden a un proceso transitorio. El no tratar la enfermedad periodontal durante el embarazo, podría causar partos prematuros y bajo peso al nacer; toda gestante debe terminar su embarazo con un tratamiento terminado⁽³⁷⁾.

h) Cálculo de la edad gestacional y fecha probable de parto. se determina por:

- **Gestograma:** a partir de la marcación del primer día de la última menstruación normal. se determina el día 280 con ± 6 días.
- **Regla de Naegele:** desde el primer día de la última menstruación normal, se suma siete días siete días, y se resta tres meses.
- **Ecografía obstétrica:** Es aconsejable antes de las 12 semanas de gestación. Antes de las 27 semanas tiene un error de ± 1 semana; hasta las 36 semanas de ± 2 semanas, y luego de las 36 semanas de ± 3 semanas.

i) Diagnóstico de vitalidad fetal. Los movimientos fetales inician a partir de los 16 a 20 semanas, en las multíparas los movimientos fetales son percibidos se dan a partir de las 17 semanas, en las nulíparas se perciben los movimientos fetales a partir de las 19 semanas.

j) Mensuración de la altura uterina. Se mide utilizando la cinta obstétrica, desde la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino, por encima percentil 10 o 90, según el gráfico del carnet prenatal. Así mismo se procede a identificar la altura uterina con relación a la amenorrea:

- Menor para la edad gestacional puede indicar: retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), oligohigromnios o muerte fetal.
- Mayor para la edad gestacional puede indicar: macrosomía fetal, embarazo gemelar o miomatosis.

k) Maniobras de Leopold. Es un procedimiento obstétrico importante para determinar la situación, presentación, posición y altura de presentación del producto, se debe realizar las maniobras de Leopold a partir de las 26 semanas de gestación.

l) Latidos cardiacos fetales⁽³⁹⁾. Se evalúa los latidos cardiacos fetales normales comprendidos entre 120 a 160 latidos por minuto.

- **Fetoscopio de Pinard:** a partir de las 20 semanas.
- **Ecografía Doppler:** a partir de la octava o decima semana.

m) Consejería. En el primer trimestre, desarrollar temas como signos de alarma y síntomas normales del embarazo y orientación nutricional, en el segundo y tercer trimestre desarrollar la preparación para el amamantamiento, preparación para el parto, control puerperal y planificación familiar⁽³⁸⁾.

n) Indicación ácido fólico, sulfato ferroso y calcio. Idealmente la administración de estos suplementos, debe realizarse durante todo el embarazo y la lactancia⁽⁴³⁾, Según el MINSA, la prescripción de ácido fólico es 400 mg, y sulfato ferroso (60 mg) a toda gestante a partir de las 16 semanas hasta el parto. La prescripción del calcio durante la gestación es de 2000 mg al día, a partir de las 20 semanas hasta el parto.

o) Vacunación: con toxoide tetánico la primera dosis se realiza al primer contacto con la gestante durante la atención prenatal, según esquema del MINSA, después de 1era dosis un intervalo de 4 a 8 semanas entre ésta y la 2da dosis. Una 3era dosis (de refuerzo), 6 a 12 meses después de la 2da dosis. Refuerzos posteriores después de 10 años, excepto en casos de herida o exposición a difteria. (2) Gestantes, sin inmunización o con inadecuada inmunización: se recomienda iniciar o completar el esquema durante los 2 últimos trimestres⁽³⁵⁾.

p) Análisis de exámenes de laboratorio de rutina⁽³⁹⁾.

- **Grupo sanguíneo y factor Rh.**
- **Glicemia** 70 a 110 mg/dl
- **Hemoglobina** de 11 a 14 g/%
- **Examen completo de orina**
- **Prueba rápida de sífilis**
- **Prueba rápida de VIH**

q) Exámenes de ayuda diagnóstica.

- **Ecografía obstétrica.** Para evaluar edad gestacional, crecimiento fetal, malformaciones fetales y vitalidad fetal. Es conveniente que el primer estudio se realice lo más precozmente posible.
- **Cardiotocografía fetal** (Test no estresante a partir de las 28 semanas).
- **Estudio de velocimetríadoppler fetal**, principalmente en los casos de hipertensión arterial, retardo de crecimiento intrauterino, antecedentes de feto muerto anterior, nefropatía diabética, retinopatía diabética y oligohidramnios.
- **Perfil biofísico.** 32 a 34 semanas

2.2.5. DESERCIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Toda gestante está en la obligación de realizarse más de 6 atenciones prenatales, de forma precoz, periódica, completa e integral; los estudios indican que el elemento más adecuado para el control prenatal es iniciarlo lo más precozmente posible. Cuando estos elementos se realizan de forma parcial, como por ejemplo tener menos de 6 controles, se produce un evento denominado deserción al control prenatal.

2.2.6. FACTORES PREDISPONENTES A LA DESERCIÓN.

2.2.6.1. FACTORES PERSONALES

Corresponde a aquellos eventos que por ser íntimamente relacionados a la gestante juegan un papel para la decisión de no acudir a la atención prenatal, entre ellos tenemos: Edad, grado de instrucción, lugar de procedencia el estado civil, edad gestacional, número de gestaciones, número de partos, empleabilidad, apoyo de la familia, entre otros.

2.2.6.2. FACTORES MÉDICOS

Son aquellos factores que están relacionados con la atención profesional que brinda el especialista de la salud, y que partiendo de que esta sea buena o mala, induce a la paciente a su permanencia o deserción de la atención prenatal, entre estos tenemos: la relación médico-paciente insatisfactoria, trato inadecuado, maltrato profesional, la relación médico-paciente impersonal, miedo al examen ginecológico, consulta de baja calidad, entre otros.

2.2.6.3. FACTORES INSTITUCIONALES

Son factores propios de la institución de salud, producto de su estructura normativa, organizacional y tecnología con que cuenta para las atenciones prenatales, entre ellos tenemos: el ambiente adecuado, la calidad en la atención prenatal, incoordinación entre servicios para la atención prenatal, tiempo de espera largo, servicios incompletos, gastos para exámenes no disponibles, consultorio prenatal difícil de ubicar, fluxograma inadecuado.

2.3. DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

- **ATENCIÓN PRENATAL.** Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud.
- **CALIDAD DE ATENCIÓN.** Es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y completo bienestar para el restablecimiento de su salud. Dicha atención debe conseguir el objetivo deseado de una buena atención al más bajo costo posible.
- **CONDICIÓN LABORAL.** Es el estado laboral de la gestante, es decir, que determina si ella está trabajando o se encuentra en situación de desempleo.
- **CONOCIMIENTO DE ATENCIÓN PRENATAL.** Información que capta la gestante y que le hace tomar conciencia de la importancia de la atención prenatal y por lo tanto de no abandonarlo.
- **CONSEJERÍA.** Proceso de comunicación en donde el profesional de salud imparte opiniones y educación a la paciente para que pueda tener conocimiento y actitudes positivas para el cuidado de su salud.
- **DESERCIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL.** Se refiere a aquellas pacientes gestantes que interrumpieron su asistencia al control prenatal en el hospital o centro de salud por diferentes razones.
En otras palabras, es el momento en que la paciente gestante que estuvo inscrita y asistía a la atención prenatal, pero que no acudió por un largo periodo de tiempo.
- **EDAD GESTACIONAL.** Se refiere al número de semanas de gestación a partir de la última menstruación y se expresa en días, semanas o meses completas.
- **EQUIPOS PARA LA ATENCIÓN PRENATAL.** Son aquellos equipos médicos que se utilizan para realizar las evaluaciones prenatales en la gestante.

- **ESTADO CIVIL.** Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, pudiendo ser de soltería, de casamiento, de convivencia y de viudez.
- **EXAMEN GINECOLÓGICO.** Son los exámenes médicos que se realizan en el sistema reproductor femenino el cual se realiza para evaluación del estado materno fetal y detección de posibles alteraciones.
- **GESTACIÓN.** Es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento. Durante este tiempo, el bebé crece y se desarrolla dentro del útero de la madre. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual.
- **GESTANTE.** Se refiere al estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto.
- **INFRAESTRUCTURA.** Es el conjunto de instalaciones y espacio físico necesarios para el desarrollo de la atención prenatal, el cual debe estar en óptimas condiciones para su calidad de atención.
- **INGRESO ECONOMICO MENSUAL.** Es la totalidad de las ganancias o ingresos que obtiene la familia de la gestante durante 30 días, a causa de las labores económicas que realizan.
- **LUGAR DE PROCEDENCIA.** Se refiere a la residencia habitual de la cual procede la persona. Pudiendo ser de zona urbana, si procede de zonas pertenecientes al perímetro urbano. Y de zona rural, si procede de zonas de caseríos o zonas fuera del perímetro urbano en donde escasean los servicios básicos.
- **MALTRATO.** Son todas aquellas formas de actuar de una persona que supongan algún tipo de agresión o violencia, tanto física, verbal, psicológica entre otros.

- **PARIDAD.** Es el número de hijos nacidos vivos que ha tenido una mujer en un momento dado: por ejemplo, las “mujeres de paridad doble” son aquellas que en ese momento ya han tenido dos hijos y las “mujeres de paridad cero” son las que todavía no han tenido ninguno.
- **SATISFACCIÓN.** Es el sentimiento de bienestar o placer que siente la gestante cuando la atención médica recibida ha sido satisfecha, cuando se ha colmado un deseo o una necesidad.
- **TIEMPO DE ESPERA.** Es el tiempo que la gestante debe esperar para recibir la atención prenatal.
- **TRABAJO.** Es toda aquella actividad ya sea de origen manual o intelectual que se realiza a cambio de una compensación económica por las labores realizadas.
- **ZONA RURAL.** O centro poblado urbano es aquel que tiene como mínimo 100 viviendas agrupadas contiguamente (en promedio 500 habitantes). Por excepción se incluyen a todos los centros poblados capitales de distrito, aun cuando no reúnan la condición indicada.
- **ZONA URBANA.** O centro poblado rural, es aquel que no tiene más de 100 viviendas agrupadas contiguamente ni es capital de distrito; o que teniendo más de 100 viviendas, éstas se encuentran dispersas o diseminadas sin formar bloques o núcleos

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

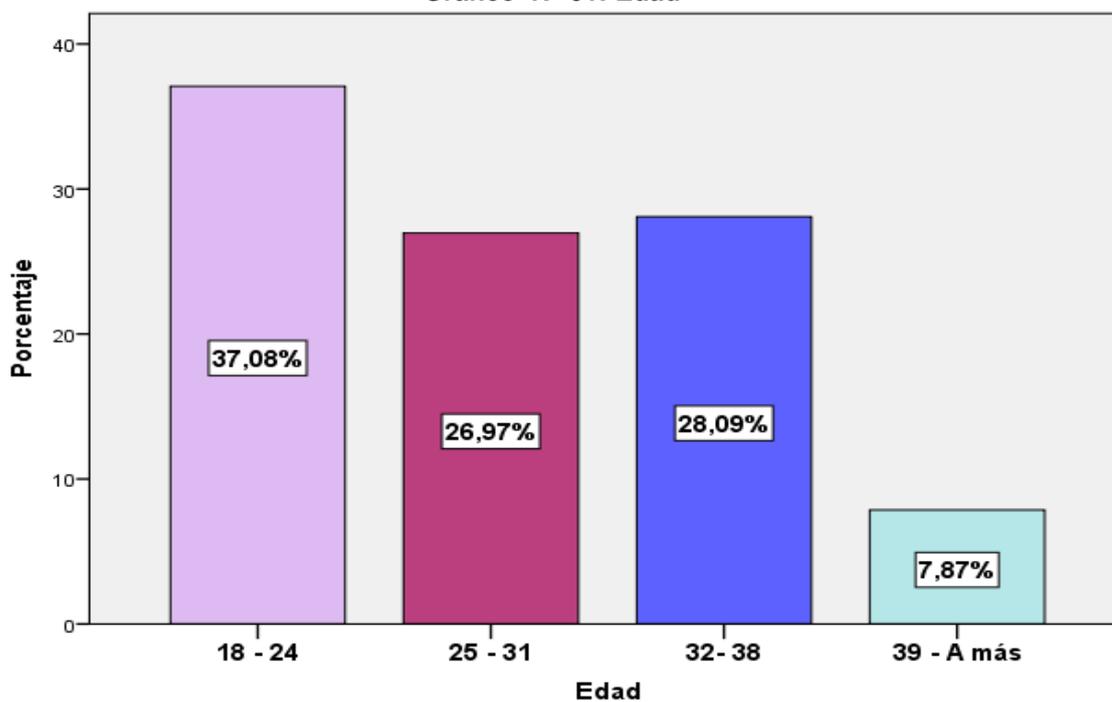
3.1. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

I. FACTORES PERSONALES

Tabla N° 01: Edad

	Frecuencia	Porcentaje
18 – 24	33	37.08
25 – 31	24	26.97
32- 28	25	28.09
39 - A más	7	7.87
Total	89	100.0

Grafico N° 01: Edad



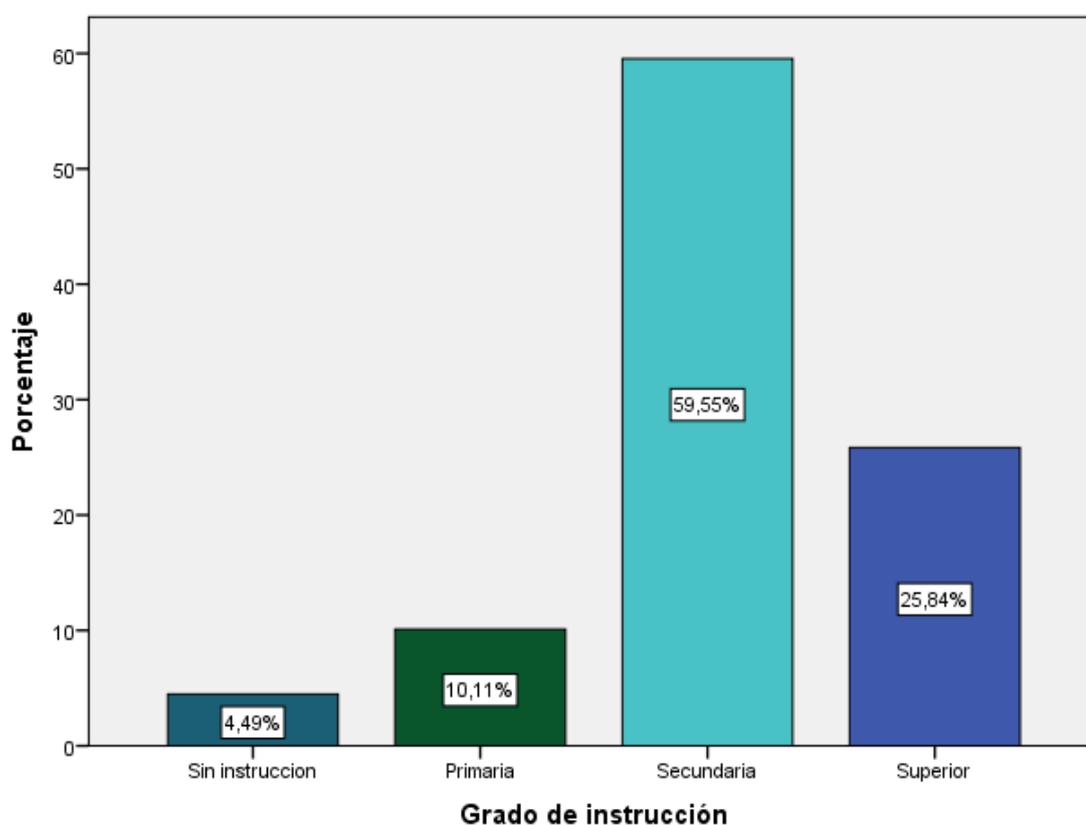
Análisis e interpretación:

En cuanto a la edad se puede observar que hay mayor proporción de gestantes que faltaron en algún momento a su atención prenatal entre las edades de 18 a 24 años con 37.08%, seguido de las edades 32 a 38 años con 28.09%. 29.97% tiene entre 25 a 31 años, 7.87% entre 39 a más años.

Tabla N° 02: Grado de instrucción

	Frecuencia	Porcentaje
Sin instrucción	4	4.49
Primaria	9	10.11
Secundaria	53	59.55
Superior	23	25.84
Total	89	100.0

Grafico N° 02: Grado de instrucción



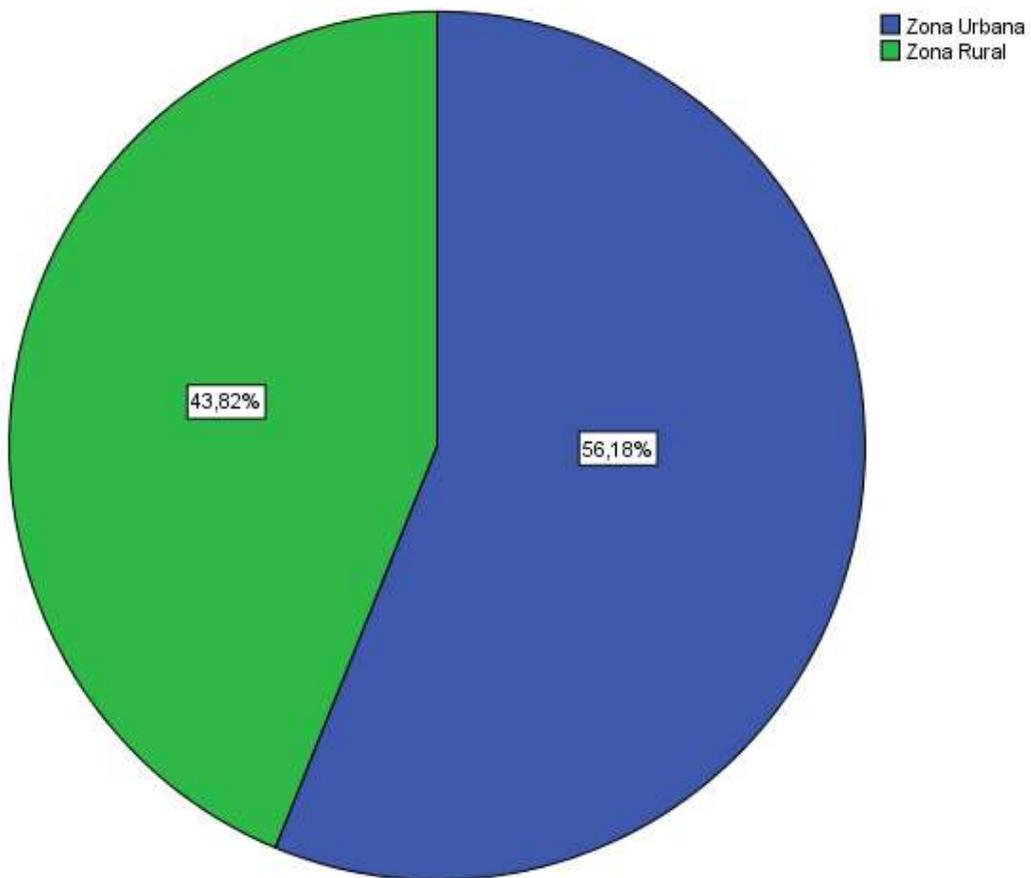
Análisis e interpretación:

En relación al grado de instrucción, se evidenció que existe mayor proporción de gestantes que faltaron en algún momento a su atención prenatal, las que tienen instrucción educativa en el nivel secundario con 59.55%, seguido del 25.84% con instrucción superior, y 10.11% con instrucción primaria, por último 4.49% que no cuentan con grado de instrucción.

Tabla N° 03: Lugar de procedencia

	Frecuencia	Porcentaje
Zona Urbana	50	56.18
Zona Rural	39	43.82
Total	89	100.00

Grafico N° 03: Lugar de procedencia



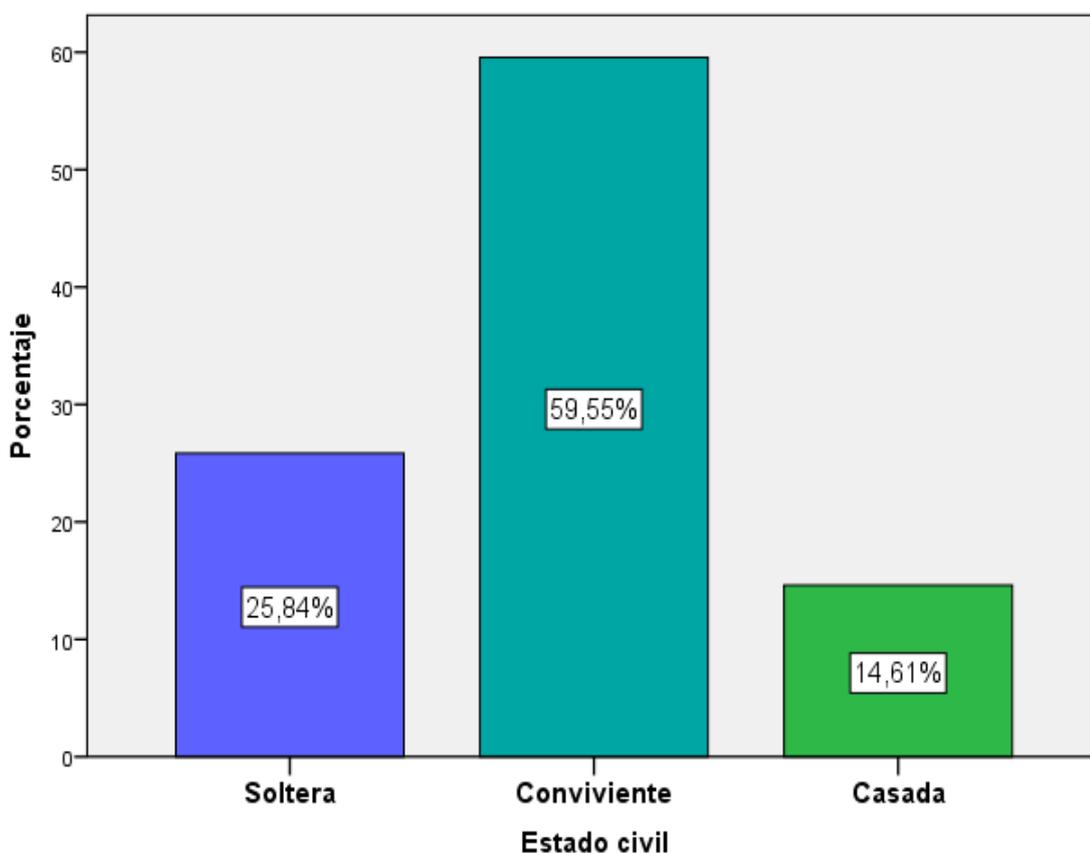
Análisis e interpretación:

Con respecto al lugar de procedencia de las gestantes que faltaron en algún momento a su atención prenatal, se encontró que mayoritariamente proceden de la zona urbana con 56.2%, y 43.8% de la zona rural.

Tabla N° 04: Estado civil

	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	23	25.84
Conviviente	53	59.55
Casada	13	14.61
Total	89	100.00

Grafico N° 04: Estado civil



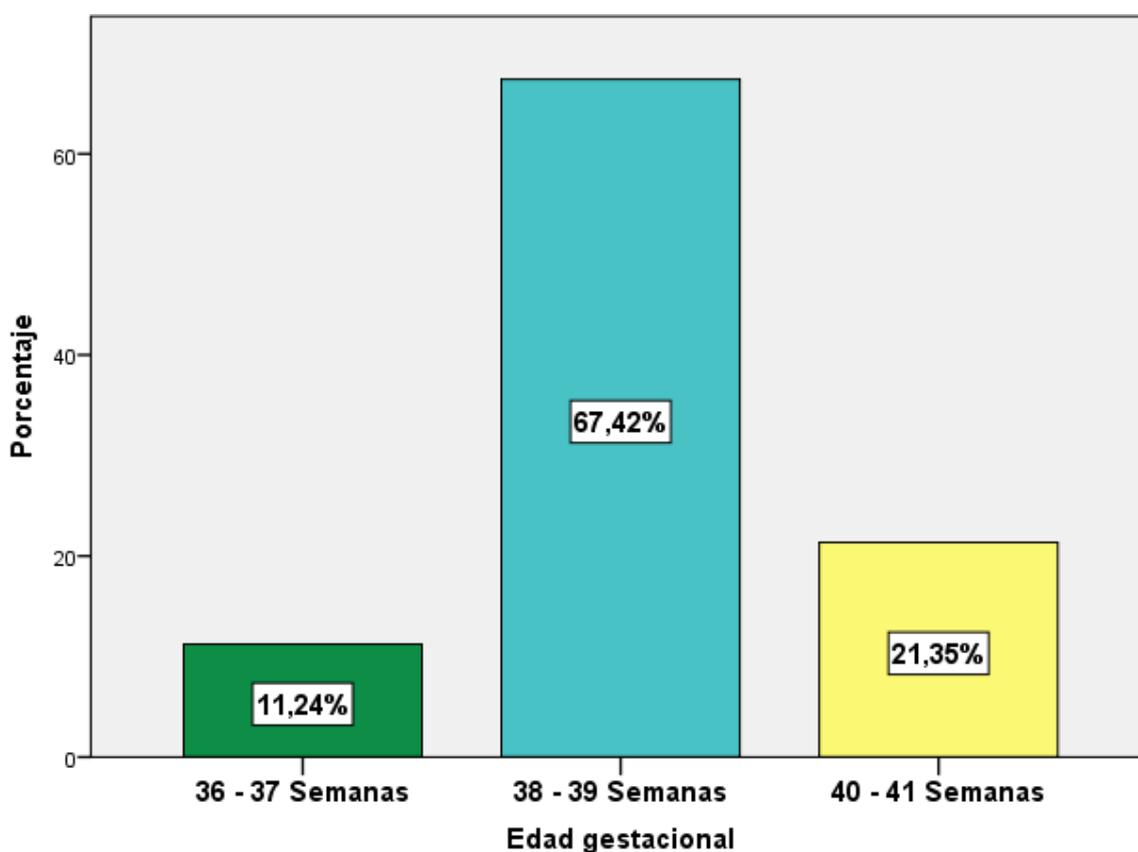
Análisis e interpretación:

En cuanto al estado civil de las gestantes que faltaron en algún momento a su atención prenatal, se encontró que en mayor proporción la condición “conviviente” con 59.55% seguido de solteras 25.84% y casadas con 14.61%.

Tabla N° 05: Edad gestacional

	Frecuencia	Porcentaje
36 - 37	10	11.24
38 - 39	60	67.41
40 - 41	19	21.35
Total	89	100.00

Grafico N° 05: Edad gestacional



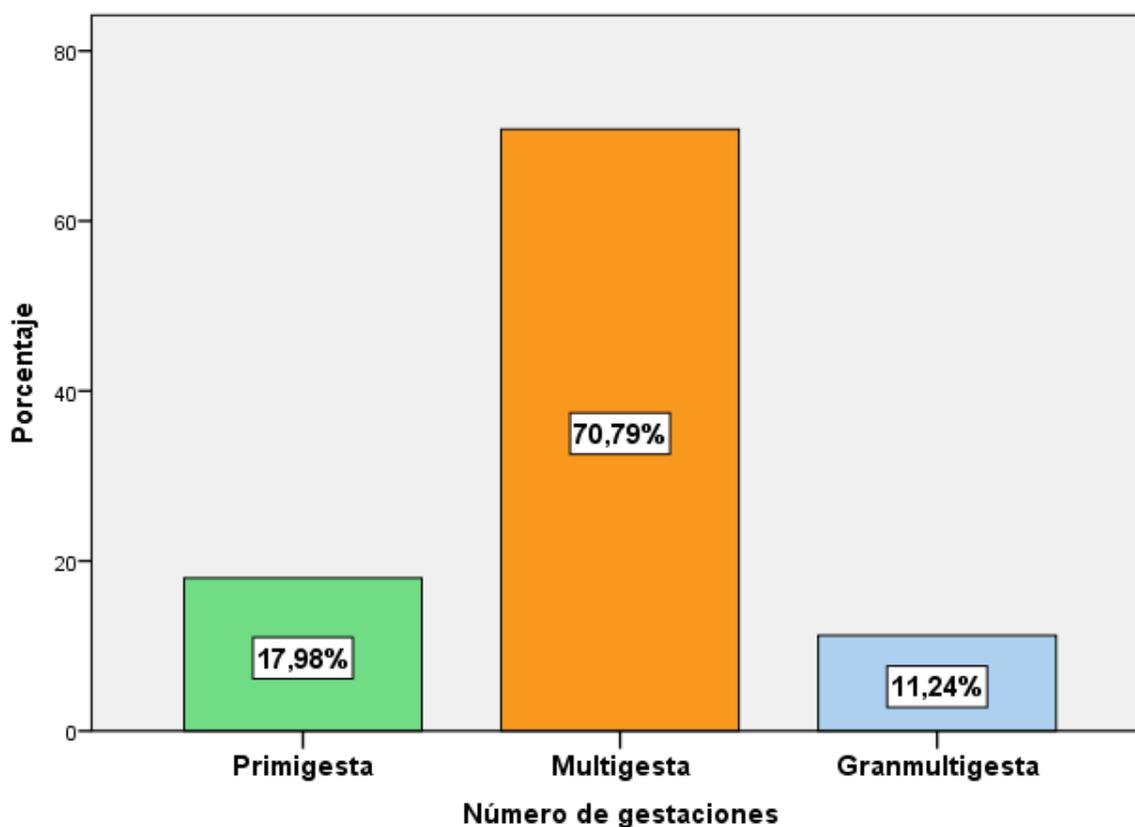
Análisis e interpretación:

En relación a la edad de gestación, se evidenció en mayor proporción a las gestantes con 38 a 39 semanas con 67.41%, 40-41 semanas con 21.35% y 36-37 semanas con 11.24%.

Tabla N° 06: Número de gestaciones

	Frecuencia	Porcentaje
Primigesta	16	17.98
Multigesta	63	70.79
Granmultigesta	10	11.23
Total	89	100.0

Grafico N° 06: Número de gestaciones



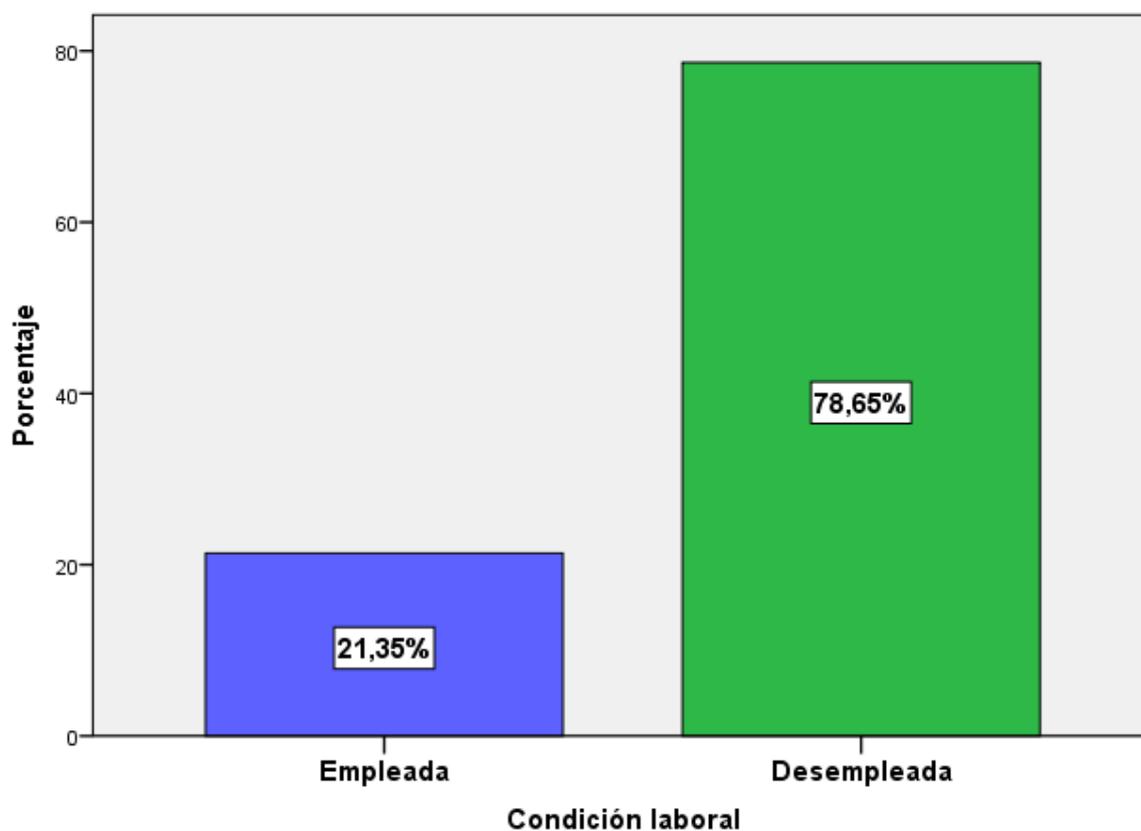
Análisis e interpretación:

Se evidenció mayor proporción de gestantes que faltaron en algún momento a su atención prenatal, en condición de multigesta (70.79%), seguido de las gestantes en condición de primigesta (17.98%) y Granmultigesta en (11.24%)

Tabla N° 07: Condición laboral

	Frecuencia	Porcentaje
Empleada	20	22.47
Desempleada	69	77.53
Total	89	100.0

Grafico N° 07: Condición laboral



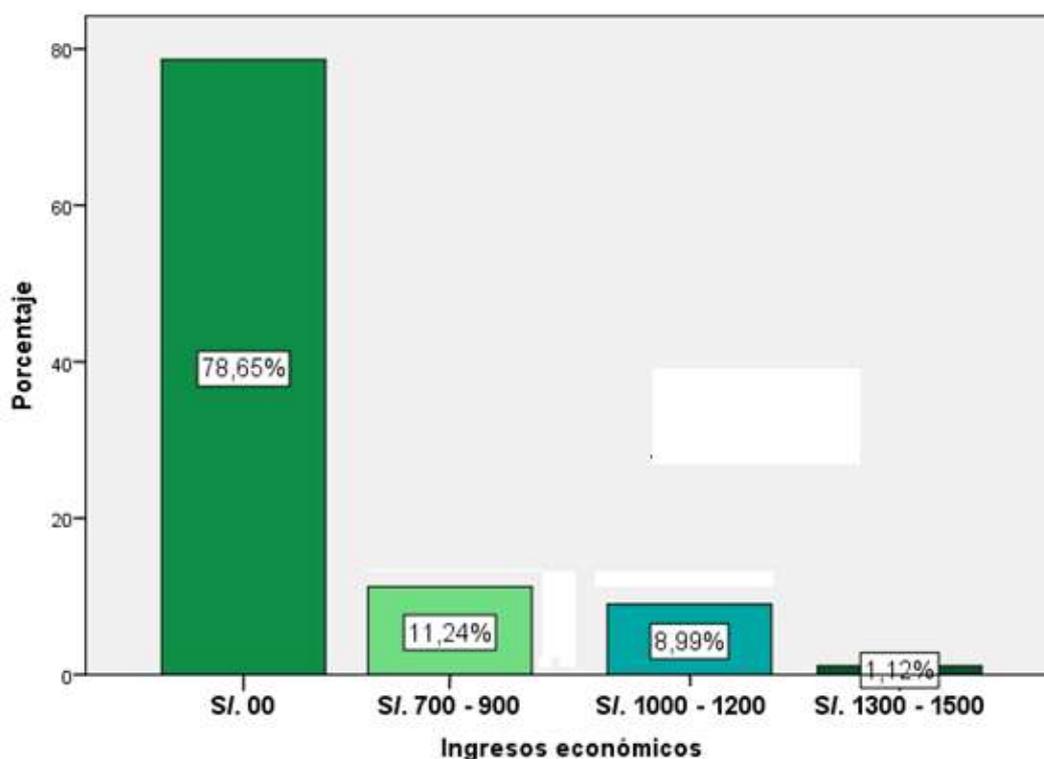
Análisis e interpretación:

Se observa que el 77.53% de las gestantes que realizó su atención prenatal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica están en condición de empleada, y el 22.47% en condición desempleada.

Tabla N° 08: Ingresos económicos

	Frecuencia	Porcentaje
S/. 00	70	78.7
S/. 700 - 900	10	11.24
S/. 1000 - 1200	08	08.99
S/. 1300 - 1500	1	1.1
Total	89	100.0

Grafico N° 08: Ingresos económicos



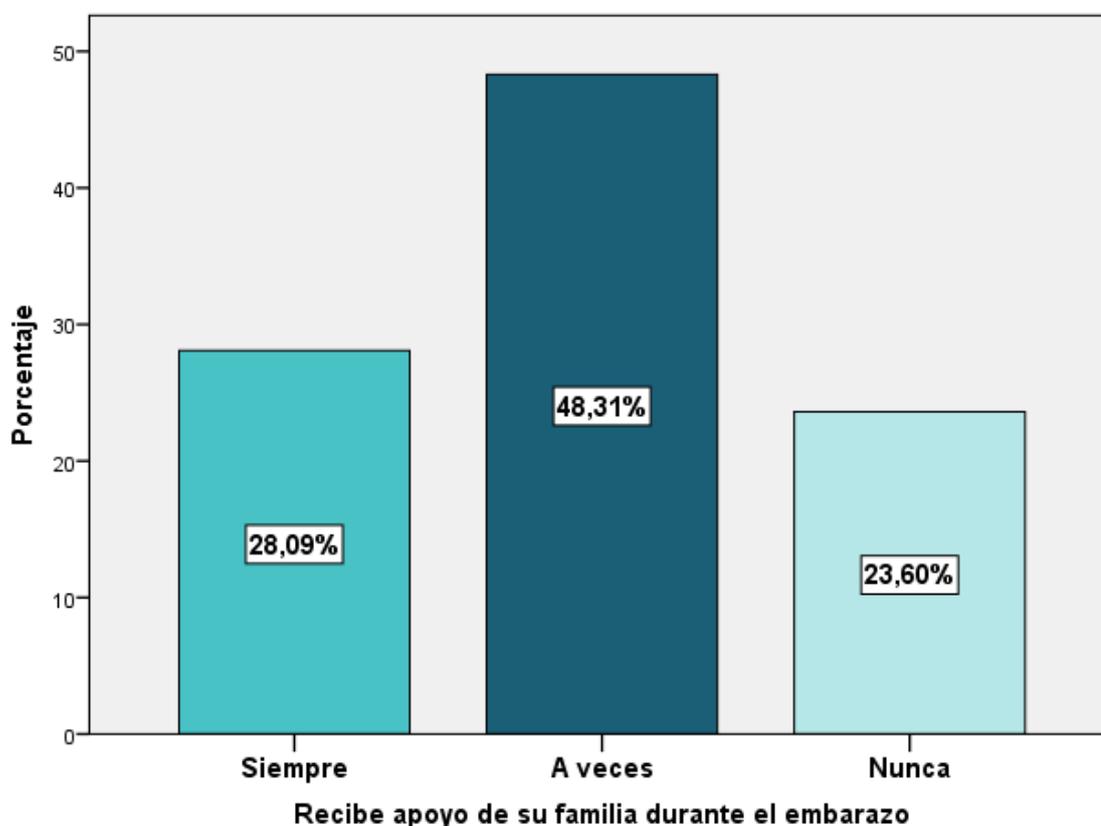
Análisis e interpretación:

Se observa que según los ingresos económicos de las gestantes que realizaron su atención prenatal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica el 78.65% no percibe ingresos económicos seguido de un 11.24% que percibe entre S/. 700 – 900 y 8.99% que percibe S/. 1 000 – 1 200 finalmente 1.12% que percibe S/. 1300 – 1500

Tabla N° 09: Recibe apoyo de su familia durante el embarazo

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	25	28.09
A veces	43	48.31
Nunca	21	23.60
Total	89	100.0

Grafico N° 09: Recibe apoyo de su familia durante el embarazo



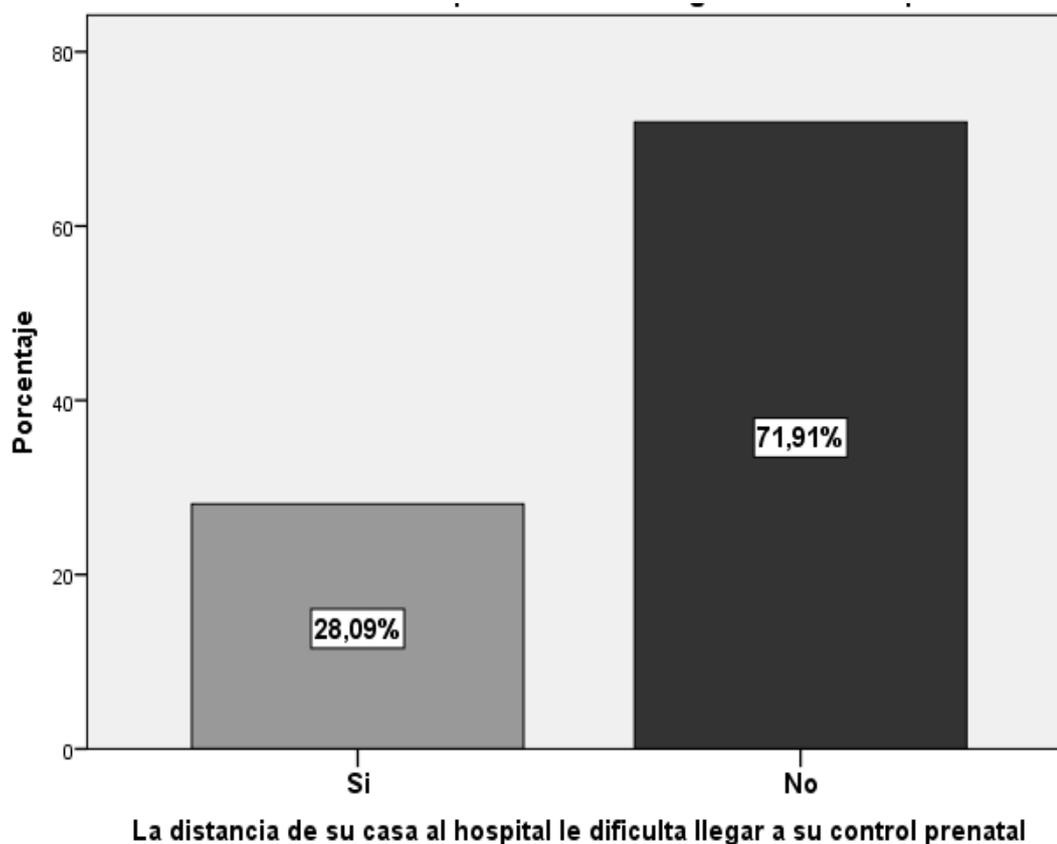
Análisis e interpretación:

Se observa que el 28.09% de las gestantes que realizó su atención prenatal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, manifestó que siempre recibe apoyo familiar en su embarazo, un 48.31% a veces y 23.60% nunca recibe apoyo de su familia.

Tabla N° 10: La distancia de su casa al hospital le dificulta llegar a su atención prenatal

	Frecuencia	Porcentaje
Si	25	28.09
No	64	71.91
Total	89	100.0

Gráfico N° 10: La distancia de su casa al hospital le dificulta llegar a su control prenatal



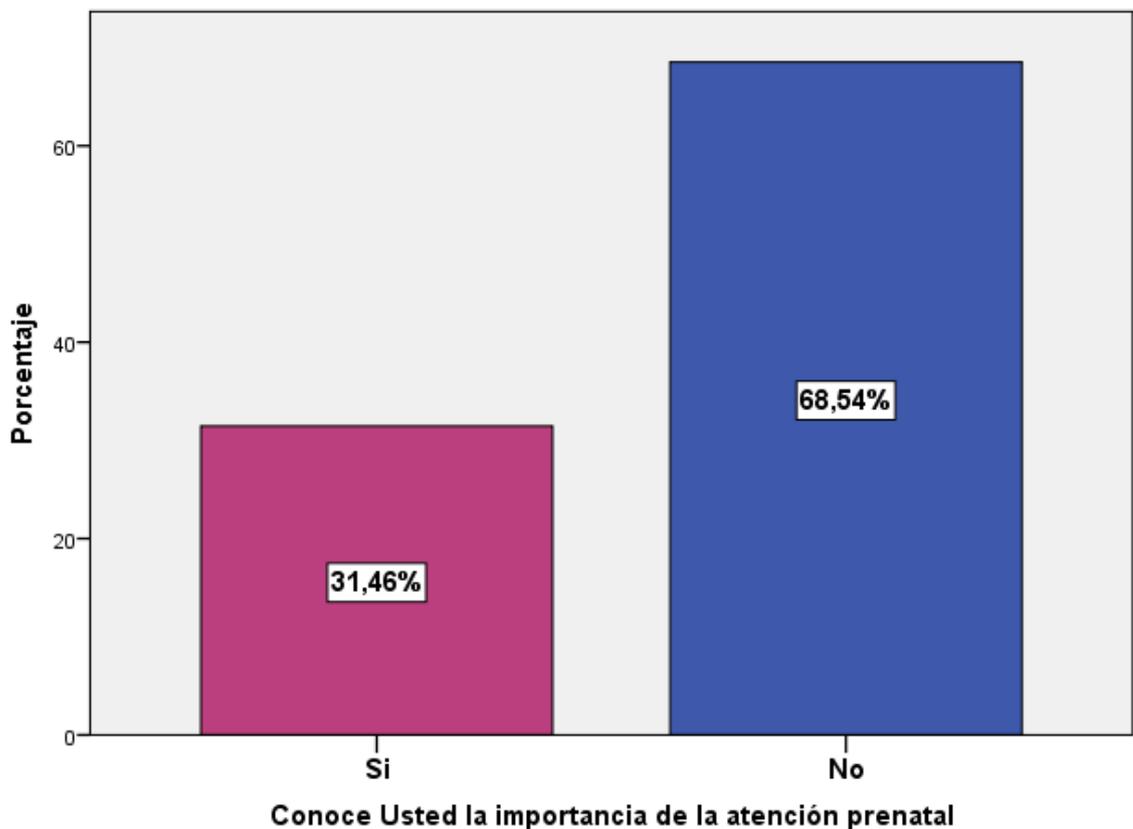
Análisis e interpretación:

Se observa que el 28.09% de las gestantes que realizó su atención prenatal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, manifestaron que la distancia de su casa al hospital si le dificulta llevar su atención prenatal, y el 71.91% respondió que no le dificulta la distancia.

Tabla N° 11 : Conoce Usted la importancia de la atención prenatal

	Frecuencia	Porcentaje
Si	28	31.46
No	61	68.54
Total	89	100.0

Grafico N° 11: Conoce Usted la importancia de la atención prenatal



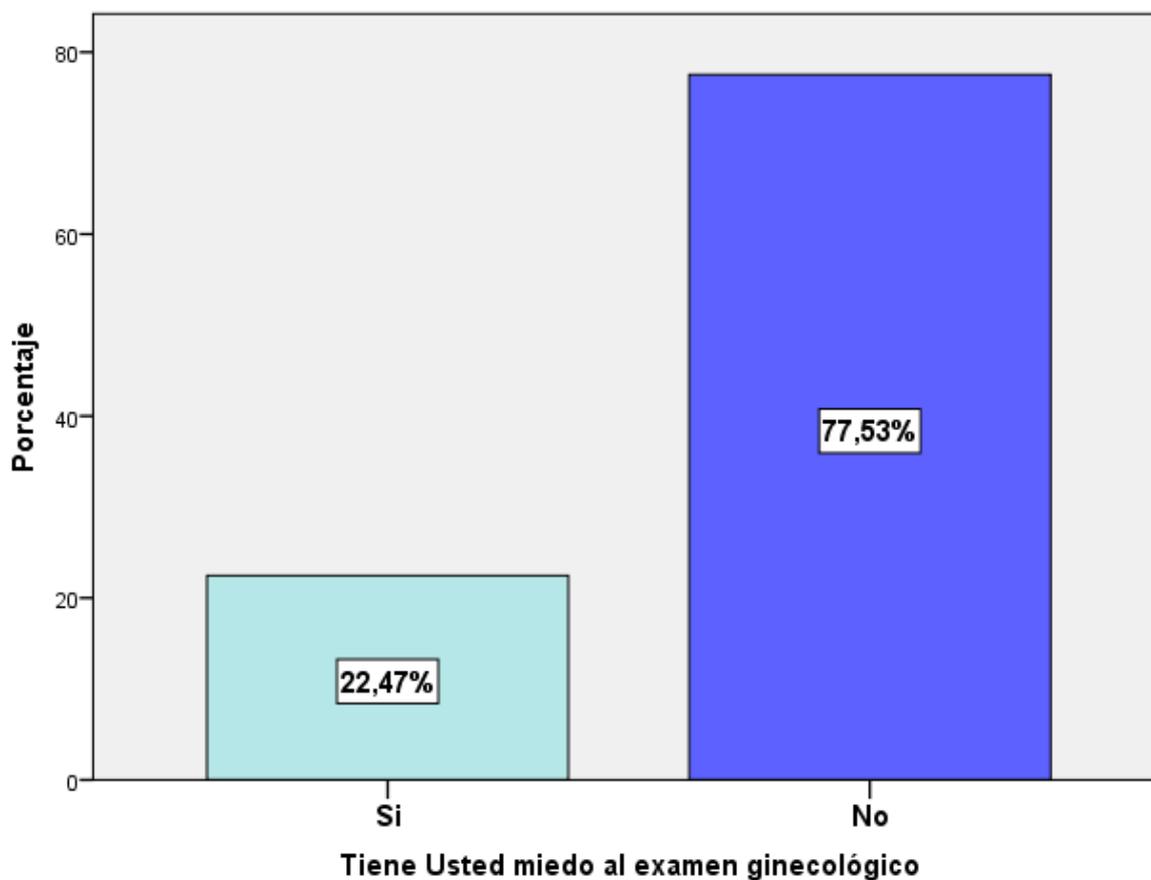
Análisis e interpretación:

Se observa que el 68.54% de las gestantes que realizó su atención prenatal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica afirman que no es muy importante la atención prenatal, y un 31.46% afirmó que si es muy importante.

Tabla N° 12: Tiene Usted miedo al examen ginecológico

	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	22.47
No	69	77.53
Total	89	100.0

Grafico N° 12: Tiene Usted miedo al examen ginecológico



Análisis e interpretación:

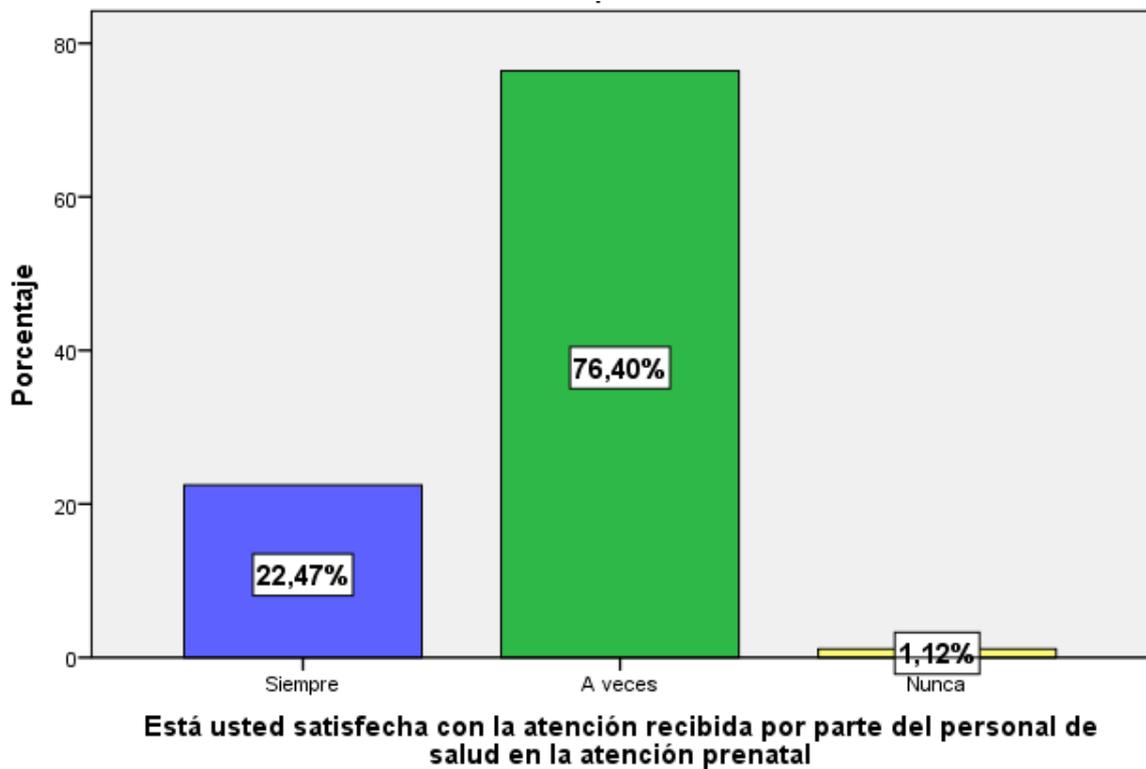
Se observa que el 77.53% de las gestantes que realizó su atención prenatal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica afirman que no tienen miedo al examen ginecológico, y un 22.47% afirmó que si tiene miedo.

II. Factores médicos

Tabla N° 13: Está usted satisfecha con la atención recibida por parte del personal de salud en la atención prenatal

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	20	22.47
A veces	68	76.41
Nunca	1	1.12
Total	89	100.0

Gráfico N° 13: Está usted satisfecha con la atención recibida por parte del personal de salud en la atención prenatal



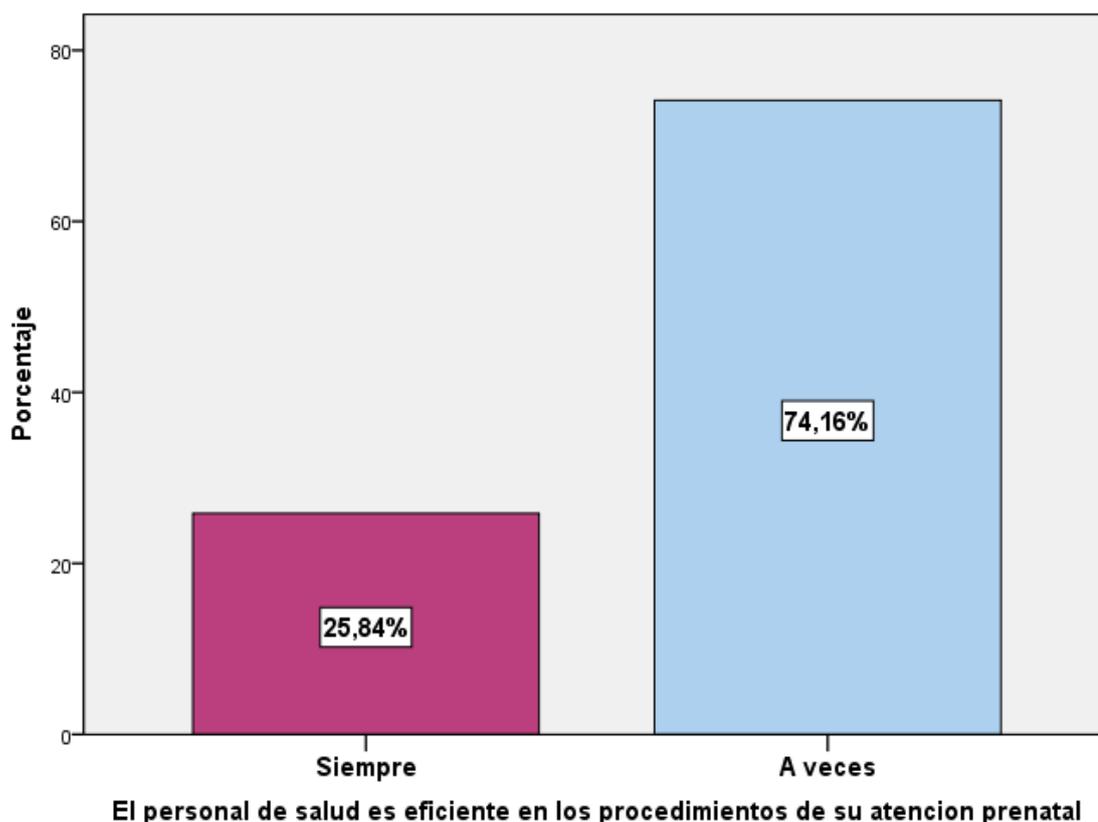
Análisis e interpretación:

Se observa que el 22.47% de las gestantes que realizó su atención prenatal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, siempre tuvo satisfacción con la atención recibida en su atención prenatal, y un 76.41% refirió que “a veces” siente satisfacción y 1.12% “nunca”

Tabla N° 14: El personal de salud es eficiente en los procedimientos de su atención prenatal

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	23	25.84
A veces	66	74.16
Total	89	100.0

Grafico N° 14: El personal de salud es eficiente en los procedimientos de su atención prenatal



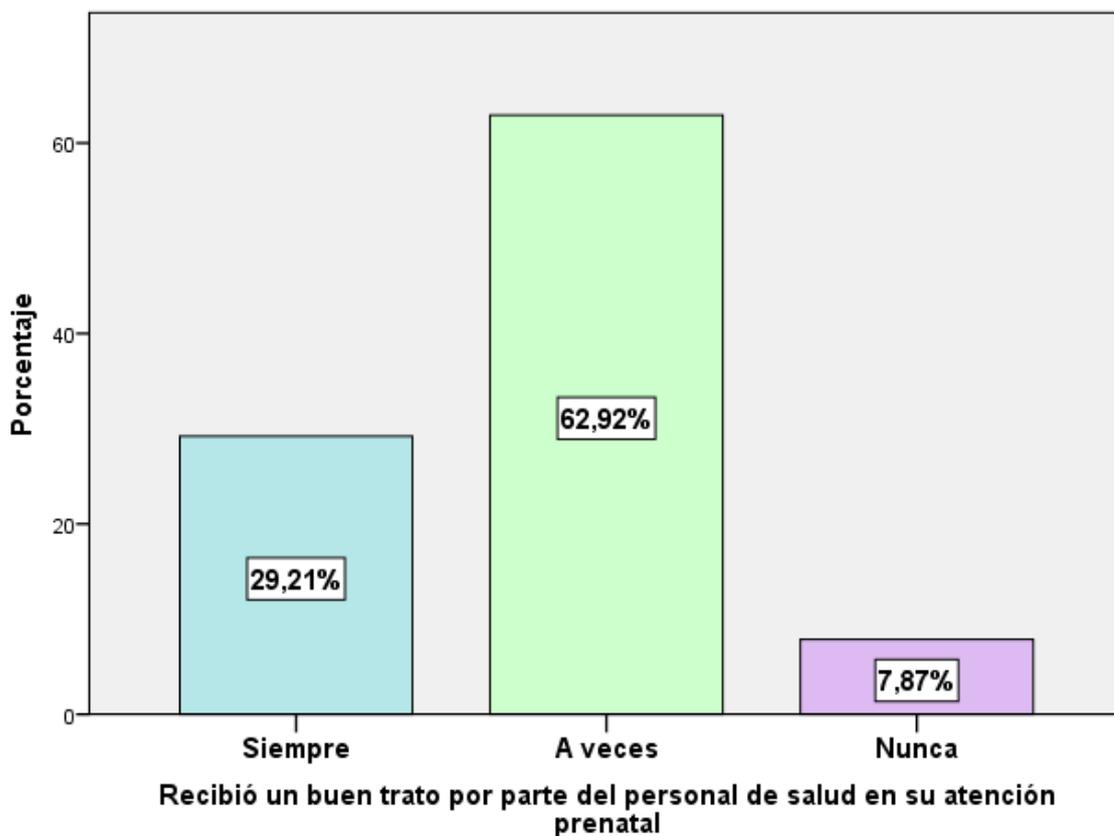
Análisis e interpretación:

Se observa que el 25.84% de las gestantes que realizó su atención prenatal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, refirió que el personal de salud “siempre” es eficiente en la ejecución de los procedimientos durante la atención prenatal, mientras que un 74.16% refirió que “sólo a veces” el personal de salud es eficiente.

Tabla N° 15: Recibió un buen trato por parte del personal de salud en su atención prenatal

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	26	29.21
A veces	56	62.92
Nunca	7	7.87
Total	89	100.0

Grafico N° 15: Recibió un buen trato por parte del personal de salud en su atención prenatal



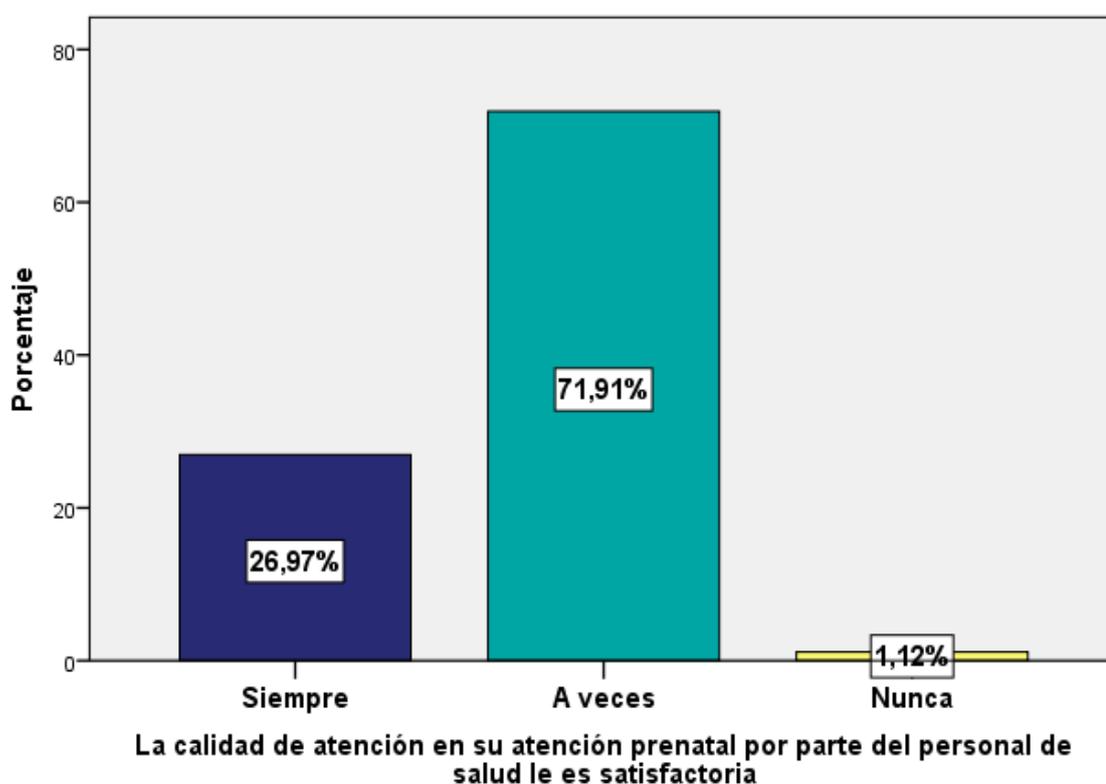
Análisis e interpretación:

El 29.21% de las gestantes que realizó su atención prenatal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, refirió que siempre ha recibido un buen trato por parte del personal de salud durante la atención prenatal, y un considerable 62.92% refirió que sólo a veces ha recibido un buen trato, y 7.87% afirmó que nunca ha tenido un buen trato por parte del personal de salud.

Tabla N° 16: La calidad de atención en su atención prenatal por parte del personal de salud le es satisfactoria

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	24	26.97
A veces	64	71.91
Nunca	1	1.12
Total	89	100.0

Grafico N° 16: La calidad de atención en su atención prenatal por parte del personal de salud le es satisfactoria



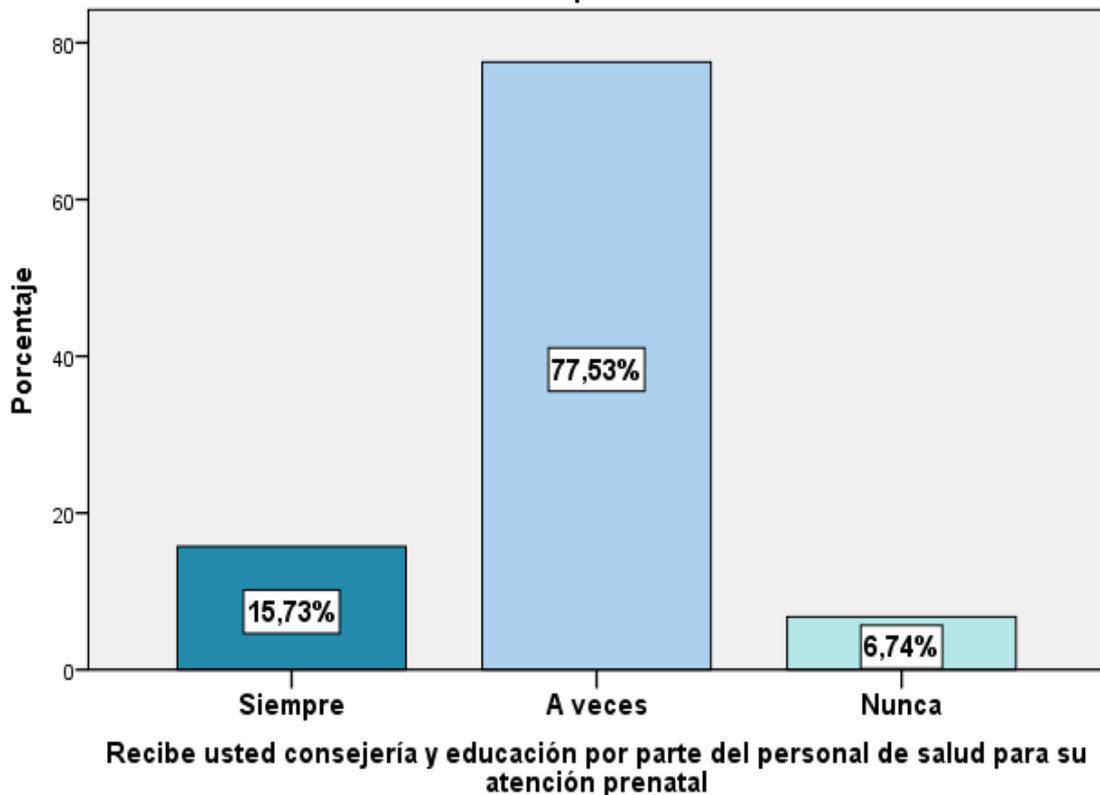
Análisis e interpretación:

Se observa que el 26.97% de las gestantes que realizó su atención prenatal, refirieron que “siempre” existe una buena calidad de atención durante la atención prenatal, y un 71.91% manifestó que sólo a veces tienen una buena calidad de atención, 1.12% “nunca” por parte del personal de salud.

Tabla N° 17: Recibe usted consejería y educación por parte del personal de salud para su atención prenatal

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	14	15.73
A veces	69	77.53
Nunca	6	6.74
Total	89	100.0

Grafico N° 17: Recibe usted consejería y educación por parte del personal de salud para su atención prenatal



Análisis e interpretación:

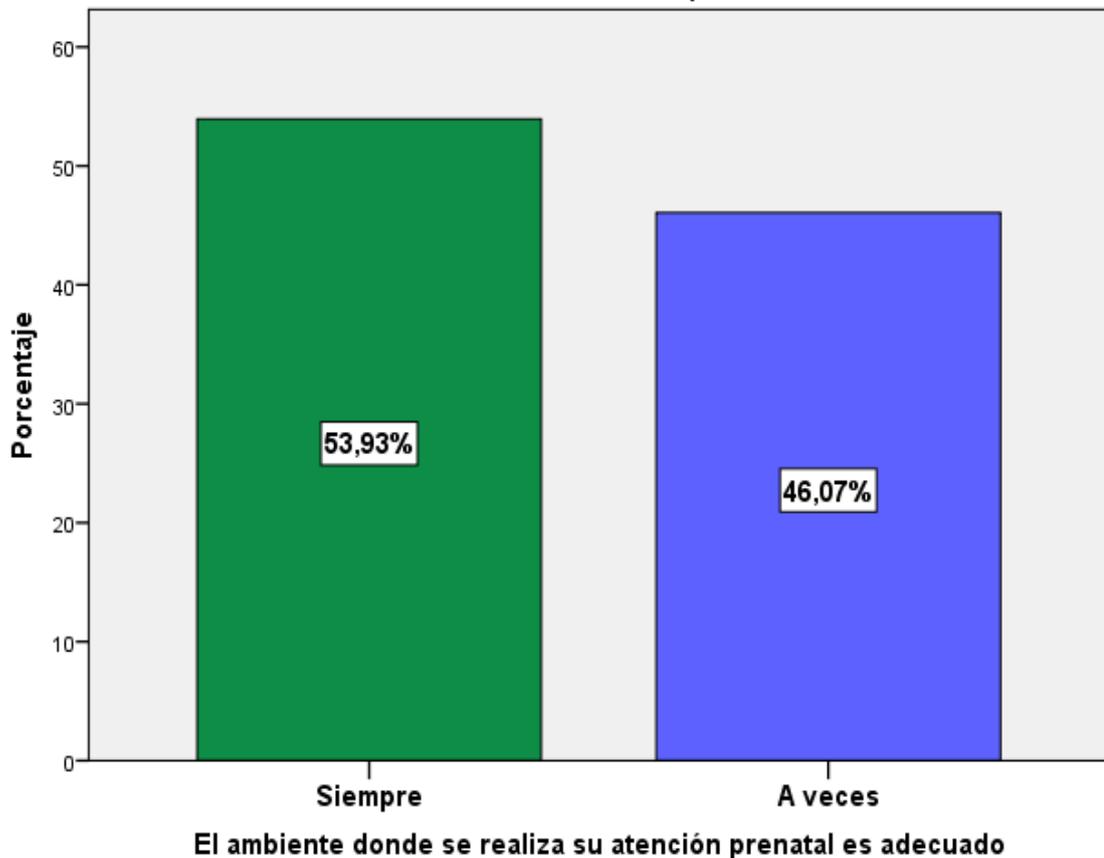
Se observa que el 15.73% de las gestantes que realizó su atención prenatal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, refirió que siempre han recibido consejería y educación por parte del personal de salud en la atención prenatal, un 77.53% solo a veces lo ha recibido, y 6,74% refirió que nunca ha recibido consejería y educación.

III. Factores institucionales

Tabla N° 18: El ambiente donde se realiza su atención prenatal es adecuado

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	48	53.93
A veces	41	46.07
Total	89	100.0

Grafico N° 18: El ambiente donde se realiza su atención prenatal es adecuado



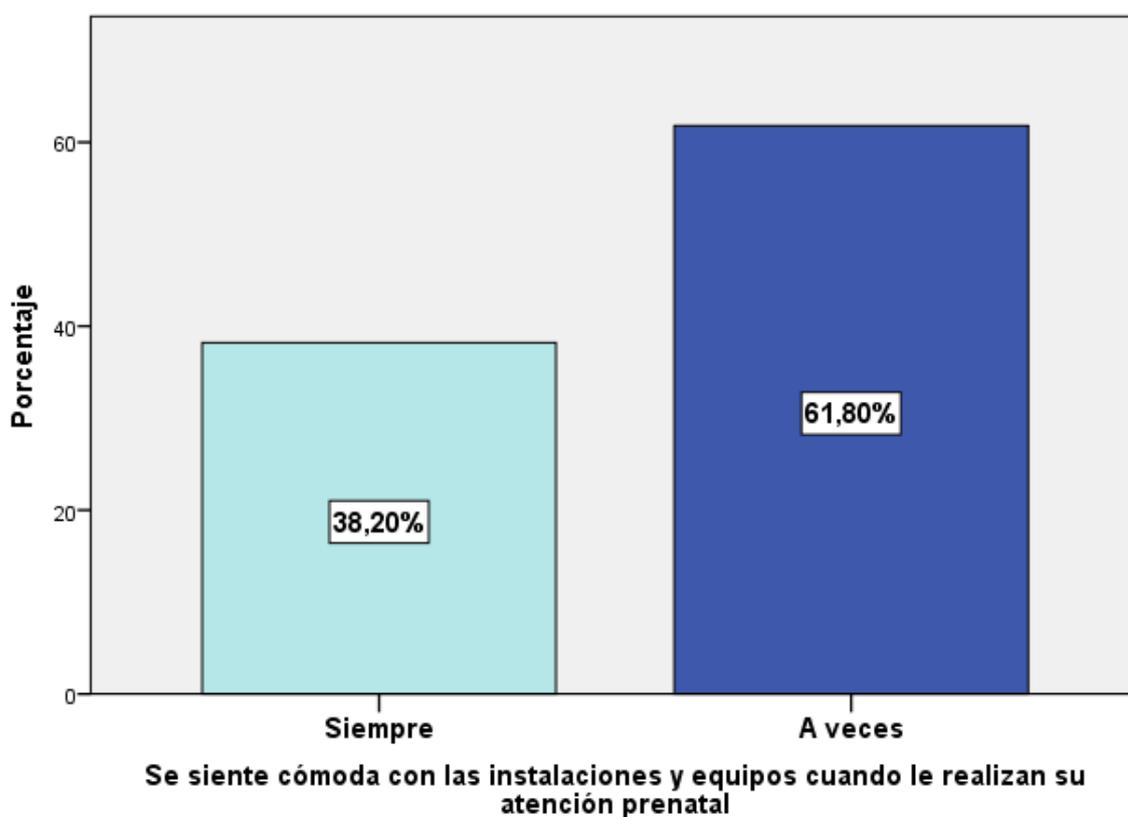
Análisis e interpretación:

Se observa que el 53.93% de las gestantes que realizó su atención prenatal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, manifestó que el ambiente donde se realiza la atención prenatal siempre es adecuado, y un 46.07% de las gestantes refirió que sólo a veces el ambiente seleccionado es adecuado.

Tabla N° 19: Se siente cómoda con las instalaciones y equipos cuando le realizan su atención prenatal

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	34	38.2
A veces	55	61.8
Total	89	100.0

Grafico N° 19: Se siente cómoda con las instalaciones y equipos cuando le realizan su atención prenatal



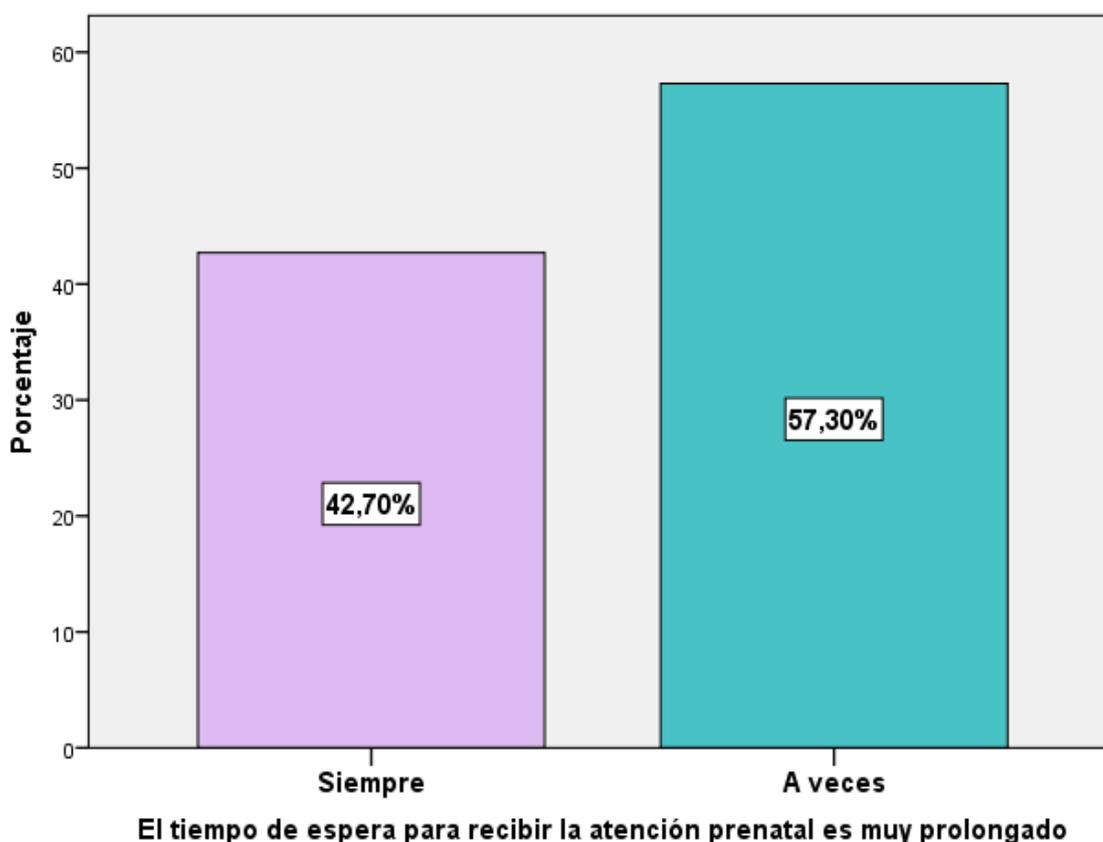
Análisis e interpretación:

Se observa que el 38.20% de las gestantes que realizó su atención prenatal manifestó que siempre se sienten cómodas con las instalaciones y equipos médicos cuando le realizan su atención prenatal, y un 61.80% manifestó que sólo a veces se sienten cómodas.

Tabla N° 20: El tiempo de espera para recibir la atención prenatal es muy prolongado

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	38	42.70
A veces	51	57.30
Total	89	100.0

Gráfico N° 20: El tiempo de espera para recibir la atención prenatal es muy prolongado



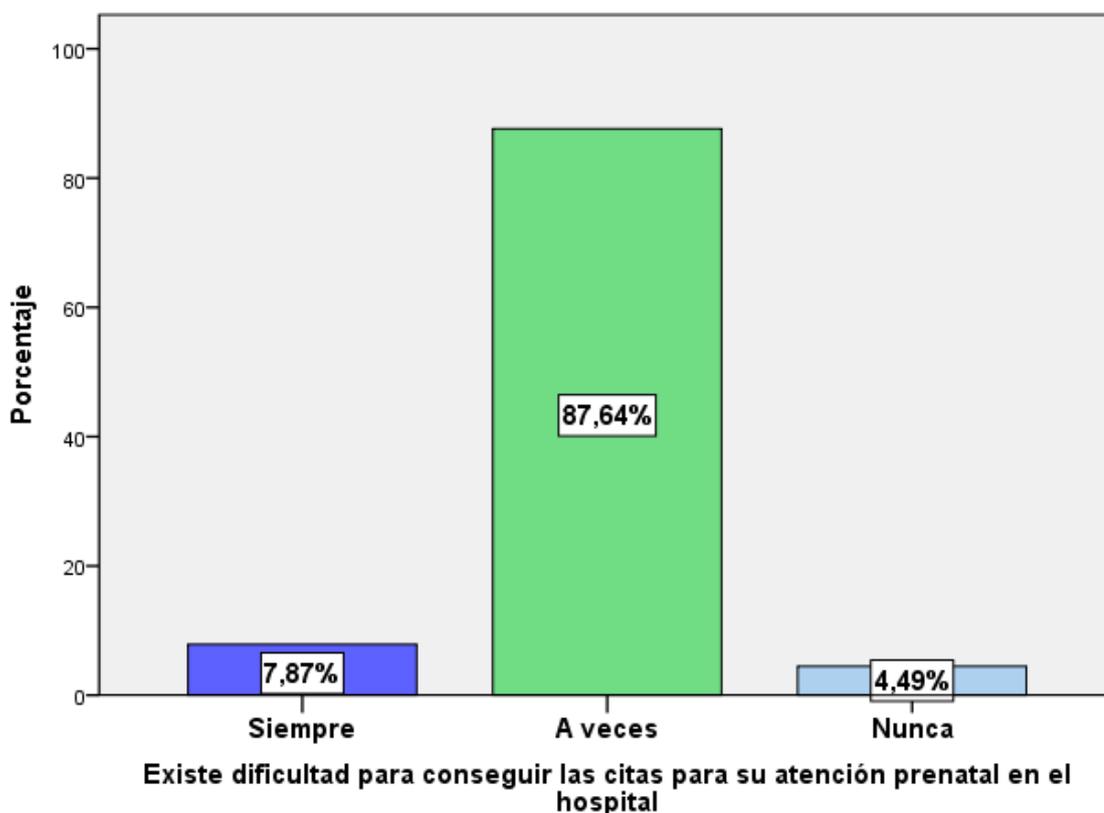
Análisis e interpretación:

Se observa que el 42.70% de las gestantes que realizó su atención prenatal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, refirió que el tiempo de espera para recibir la atención prenatal siempre es muy prolongado, y el 57.30% refirió que sólo a veces el tiempo de espera es prolongado.

Tabla N° 21: Existe dificultad para conseguir las citas para su atención prenatal en el hospital

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	7	7.87
A veces	78	87.64
Nunca	4	4.49
Total	89	100.0

Tabla N° 21: Existe dificultad para conseguir las citas para su atención prenatal en el hospital



Análisis e interpretación:

Se observa que el 87.64% de las gestantes que realizó su atención prenatal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica refirió que “a veces” existe dificultad para conseguir las citas para su atención prenatal, un 7.87% refirió que siempre existe dificultad, y el 4.49% refirió que nunca existe dificultad para obtener las citas.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

La atención prenatal, constituye un programa de gran importancia en el campo de la obstetricia para mejorar la calidad de vida materna y del futuro bebé, englobando diversos controles de evaluación de las etapas del feto, del cual se benefician miles de madres en nuestro departamento. Constituye entonces un elemento clave para mejorar el bienestar de la familia, lo que disminuye la morbi-mortalidad. En el presente estudio se analizó por qué las gestantes pueden desertar en la atención prenatal, identificándose aspectos sociodemográficos, factores personales, médicos (personal de salud) e institucionales propios del hospital donde se atendieron.

Factores personales.

En relación a los aspectos sociodemográficos, se encontró en el estudio que las edades en donde mayormente las gestantes desertaron fue entre la edad de 18 a 24 años (37.08%) seguido de 25 a 31 años (26.97%); en el grado de instrucción prevalece la de instrucción secundaria (59.55%), estado civil el ser conviviente (59.55%), la zona predominante la urbana (56.18%), numero de gestaciones multigesta (70.79%) y no contar con un ingreso económico (78.7) seguido de S/700 a 900 soles (11.24%) resultados que concuerdan con el estudio de **Saavedra A. (2014)** quien encontró que la mayoría de gestantes con ausencia en el control prenatal son menores de 35 años, ser soltera o conviviente, entre otros. El estudio de **Ordoñez J. (2014)** también encontró resultados similares en cuanto a las gestantes que son de unión civil libre (convivientes) con 52.81%.

En el presente estudio, se analizó otros factores personales como son el estar desempleada durante la gestación, evidenciándose un 78.07% de las gestantes con esta condición.

Este resultado concuerda con el estudio de **Álvarez Y. et al (2014)** quien encontró que solo el 12.3% de ellas trabajaba frente a un 97.7% que no lo realiza, no siendo un factor decisivo para la deserción en la atención prenatal.

También se analizó el factor personal: recibe apoyo de la familia, se encontró que siempre con un 28.09% a veces con un 48.31%, y un 23.60% nunca lo recibe. Analizando este resultado, las gestantes que respondieron “a veces” y nunca” tienen dificultades para con su familia en el embarazo, lo cual se constituye un factor condicionante para la deserción en la atención prenatal. Este resultado concuerda con el estudio de **Álvarez Y. et al (2014)**, quien encontró que sólo el 42% recibe este tipo de apoyo, un 57% no siempre y 1% ningún tipo de apoyo. Otro de los factores personales estudiados fue la dificultad por la distancia para llegar al centro de salud, evidenciándose que sólo un 19.0% de las gestantes tiene esta dificultad. Estos resultados podemos compararlos con el estudio de **Camarena P. (2011)** quien encontró que uno de las dificultades es la dificultad de la ubicación por ser lejana del lugar de atención. En el caso del Hospital Santa María del Socorro, la mayoría de gestantes refirió que no era un factor por estar en una zona accesible en el centro de la ciudad.

Otro de los factores personales estudiados fue el conocimiento sobre la importancia de la atención prenatal que poseían las gestantes, evidenciándose que el 68.54%, lo cual se considera un factor de la deserción en la atención prenatal. Resultados que concuerdan con el estudio de **Álvarez Y. et al (2014)** quien encontró en sus resultados que el 52.5% de las gestantes sólo algunas veces lo considera importante, y 6.7% no lo considera importante.

Por último se analizó el factor personal: Miedo al examen ginecológico, en el cual se evidencia que un 22.47% percibe miedo, frente a un 77.53% que no tiene miedo a efectuarse el examen ginecológico.

Factores médicos.

En cuanto a los factores propios de la atención por parte del personal de salud, se encontró los siguientes resultados:

En el factor: **Satisfacción con la atención recibida en la atención prenatal**, se evidenció que 76.41% de las gestantes refirió que solo a veces se sienten satisfechas, frente a un 22.47% que siempre se sintió

satisfecha, considerándose este indicador como un factor decisivo para desertar de la atención. El estudio de **Munares O (2011)** encontró resultados similares al evidenciar en su estudio como factor la relación profesional de la salud-paciente insatisfactoria.

Otros de los factores es la eficiencia por parte del personal de salud en los procedimientos realizados en la atención prenatal, evidenciándose que el 47.16% de las gestantes refiere que sólo “a veces” se realizan correctamente, y un 25.84% afirma que siempre se realiza eficientemente. Asimismo se evaluó la percepción que tienen con el buen trato recibido en la atención prenatal, encontrándose un 62.92% de gestantes que refirieron que “sólo a veces” ha recibido un buen trato. Asimismo el 50.0% de las gestantes en estudio refirió que sólo “a veces” la calidad de atención por parte del personal de salud a veces es un 71.91% porcentaje considerable que determina que se debe mejorar la calidad de atención y procedimientos por parte del personal de salud en la atención prenatal.

Estos resultados concuerdan con el estudio de **Álvarez Y. et al (2014)** quien encontró un 56.1% de gestantes que respondieron que no hubo una adecuada atención prenatal. Asimismo **Munares O. (2011)** evidenció que los maltratos por parte el personal y la calidad del control prenatal son uno de los factores decisivos para el abandono de la atención prenatal. El estudio de **Marchan Y. (2013)** también se entraron resultados similares donde se determinó la insatisfacción global en el control prenatal en las gestantes, lo que ocasiona un déficit de calidad en la atención brindada. Con respecto al factor: Recibió consejería y educación en la atención prenatal, se encontró que sólo a veces ha recibido consejería 77.53% y un 6.74% “nunca” lo recibió. Este es otro factor decisivo para la deserción de la atención prenatal. Estos resultados concuerdan con el estudio de **Ordoñez J. (2014)**, quien encontró en sus resultados que el 75.28% de las gestantes refirió no haber recibido suficientes charlas educativas.

Factores institucionales.

Se evidenció que los principales factores fueron el ambiente adecuado, en donde el 53.93% refirió que si es adecuado, frente a un 46.07% que afirmó que sólo a veces es adecuado, no considerándose un factor decisivo para la deserción de la atención prenatal. También se analizó la comodidad de las gestantes con las instalaciones y equipos que se utilizan durante la atención prenatal, encontrándose un 61.08% que refirió que sólo a veces se siente cómoda frente a un 38.02% que refirió que siempre se siente cómoda. Estos resultados los podemos comparar con el estudio de **Marchan Y. (2013)** quien encontró que las gestantes en mayor proporción tuvieron insatisfacción relacionados a los elementos tangibles (equipos, instalaciones y otros). **Munares O. (2011)** también encontró insatisfacción de las gestantes por encontrar servicios incompletos (equipos y materiales) para la atención prenatal. Finalmente se evaluó los factores institucionales como: Tiempo de espera para recibir la atención prenatal y la dificultad para conseguir las citas del mismo, encontrándose que el 57.30% de las gestantes refirió que a veces el tiempo de espera es muy prolongado para atenderse, y un 42.70% refirió que siempre es muy prolongado, calificándose como un factor decisivo para la deserción prenatal. Asimismo el 87.64% de las gestantes refirió que a veces existe dificultad para conseguir las citas, y el 07.87% refirió que siempre es difícil, frente a un 4.49% que refirió que nunca es difícil conseguir las citas. Estos resultados podemos compararlos con el estudio de **Ordoñez J. (2014)** quien encontró que las gestantes afirmaron que existe mucha tardanza en la atención, y el 70.79% refirió que es a causa del número elevado de pacientes. Asimismo **Munares O. (2011)** encontró que uno de los factores decisivos es el tiempo de espera largo y la incoordinación en el servicio de la atención prenatal.

CONCLUSIONES

1. Los resultados de la investigación revelan que existen tanto factores personales como médicos e institucionales decisivos en la deserción de la atención prenatal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, siendo de mayor impacto los relacionados con los factores personales, sobre el conocimiento de la importancia de la atención prenatal y la gestión de atención por parte de la institución.
2. En los factores personales, predominan las gestantes con edades entre 18 a 24 años, el tener educación secundaria, el proceder de la zona urbana, el ser conviviente, tener 38 a 39 semanas de gestación, según el número de gestaciones multigesta, en la condición laboral 78.07 en condición de desempleada. Asimismo se evidenció como factores decisivos el apoyo familiar con 48.31% que solo a veces lo recibe y 28.09% siempre; En cuanto a la distancia para llegar al centro de salud 71.91% considera que no; el no conocer la importancia de la atención prenatal 68.54%. y el que no exista miedo al examen ginecológico en 77.53%.
3. Se encontraron factores médicos como: la atención recibida: 76.41% afirma que sólo a veces está satisfecha, 74.16% refiere que solo a veces el personal realiza los procedimientos eficientemente, el 62.92% sólo a veces ha recibido un buen trato, 71.91% afirma que sólo a veces hay una buena calidad de atención, y 77.53% sólo a veces recibió consejería y educación por parte del personal de salud. Considerándose a todos como factores decisivos para la deserción de la atención prenatal en la gestante.
4. En cuanto a factores institucionales, las gestantes afirmaron que a veces el tiempo de espera para la atención es muy prolongado (57.30%) y existe a veces gran dificultad para conseguir las citas (87.64%).

RECOMENDACIONES

1. El Ministerio de Salud debe realizar campañas y programas educativos para las gestantes en la comunidad, con lo que se lograra un mejor conocimiento sobre la importancia de la atención prenatal y eliminar la información errónea que ocasionan la deserción de la atención prenatal.
2. Sensibilizar a las autoridades del Hospital Santa María del Socorro de Ica, realizar capacitaciones al personal de salud relacionada a la buena atención de salud, con calidad y calidez en la atención prenatal, fortaleciendo los procedimientos correctos y acciones sanitarias para una buena atención prenatal.
3. Mejorar las normas y procedimientos técnico administrativo del sistema de gestión de las citas, para brindar una atención integral de calidad durante las atenciones prenatales y no exponer la integridad de la salud de las gestantes.
4. Que el presente estudio, sea difundido en otras instituciones a nivel regional y nacional para mejorar la capacidad de respuesta en la atención prenatal, logrando así un mayor acceso sanitario para la gestantes.
5. Mejorar la calidad y calidez de atención del profesional de salud, respetando la privacidad de la gestante al momento de su atención prenatal de esta forma se evita la deserción de las gestantes en su atención prenatal.

ANEXOS

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Aguado L, Girón L, Osorio A, Tovar L, Ahumada J. Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico Colombiano. *Rev LatinoamerCieñe Soc.* 2007; 5(1): p. 1-36.
2. MINSA. Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015. Lima: 2009.
3. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014 Lima: Fondo Editorial del INEI; 2014.
4. MINSA. Reporte sobre los controles pre, peri y post natales. , INMP; 2014.
5. Palella S, Martins F. Metodología de la Investigación cuantitativa. 2nd ed. Caracas: FEDUPEL ; 2006.
6. Beatriz E, De Alvarado E, De Canales F. Metodología de la investigación: manual para el desarrollo de personal de salud. 2nd ed. Washintong D.C.: Organización Panamericana de la Salud ; 1994.
7. Supo J. Programa TAPIF (taller de tesis, desarrollo del proyecto e informe final) [Video].; 2015 [cited 2016 Marzo 15].
8. Supo J. Como empezar una tesis. 1st ed. Arequipa: Bioestadístico; 2015.
9. UPICENTRO. Epidemiología descriptiva. [Online].; 2007 [cited 2016 Abril 15]. Available from: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/invEpi3.htm>.
10. Carrasco S. Metodología de la Investigación científica. 1st ed. Lima: San Marcos; 2006.
11. Deza J, Muñoz S. Metodología de la Investigación científica. Texto aplicado al Reglamento de Investigación de la UAP Lima: Fondo Editorial Universidad Alas Peruanas; 2008.

12. Álvarez Y. et al. Análisis de la captación tardía de las gestantes al control prenatal de la empresa social del estado Hospital Regional Noroccidental, IPS Abrego Primer semestre año 2014. Universidad Católica de Manizales, Colombia. 2014.
13. Ordoñez J. Factores que inciden en el abandono del control prenatal en las embarazadas, usuarias del centro de salud El Cambio en el periodo Agosto a Noviembre 2012. Universidad Técnica de Machala, Ecuador. 2014.
14. Castillo I; et al. Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en el Zodes Dique del Departamento de Bolívar. Univ. de Cartagena, Colombia. 2013.
15. Camarena P. Asociación entre los factores de abandono al control prenatal en gestantes atendidas en el Hospital Marino Molina - Essalud - 2011. Tesis de maestría. Lima: 2011.
16. Munares O. Factores asociados al abandono al control prenatal - Instituto Nacional Materno Perinatal - 2011. Tesis de maestría. Lima: 2011.
17. Saavedra A. Factores asociados a patologías maternas y perinatales en ausencia de control prenatal. Hospital Regional de Loreto. Iquitos - Perú. Enero -Junio 2014. Tesis de titulación. Iquitos: 2014.
18. Marchan Y. Percepción de las gestantes acerca de la calidad del control prenatal, Centro de Salud de Parcona - Ica. Tesis de licenciatura, Ica: 2013.
19. Boulet SE, Parker C, Atrash H. Preconception care in international settings. *MaternChildHealth J* 2006;10: S29-S35.
20. Barrios A, Montes N. Control prenatal. *Rev Pacea Med Fam.* 2007; 4(6): p. 128-31.
21. Hernández B, Trejo J, Ducoing D, Vázquez , Tomé. Guía clínica para la atención prenatal. *RevMed IMSS.* 2003; 41((Suppl)): p. S56-S69.
22. MINSA. Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal. [Online].; 2009 [cited 2016 Abril 15. Available from: http://w.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Peru/peru_mnh_plan_estrategico__nacional_2009-2015.pdf.

23. Pasmíño S, Guzmán-Gómez N. Control prenatal y su impacto en la mortalidad materna. Análisis de una tendencia. *RevColombObstetGinecol*. 2009; 60(1): p. 12-8.
24. MINSA. Guías de Práctica Clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología. Guías de salud. Lima.; 2010.
25. Ginecol SEO. Control prenatal del embarazo normal. *RevSocEspObstetGinecol*, 2014; 35: p. 330-49.
26. Barrios A., Montes N. Control prenatal. *Rev Pacea MedFam*, 2007, 4(6), 128–131
27. Faneite P, Rivera C, Faneite J. Relación entre mortalidad perinatal y consulta prenatal Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". *RevObstetGinecolVenez*. 2007; 67(4): p. 228-32.
28. Salvador J, Diaz J, Huayanay L. Factores de riesgo del parto pretermino. Estudio caso-control. *Rev Per ObstetGinecol*. 2004;(50): p. 232-42.
29. Tipiani O, Tomatis O El control prenatal y el desenlace maternoperinatal. *Rev Per ObstetGinecol*. 2006; 52(4): p. 247-52.
30. MINSA. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Guía de salud. Lima.; 2004.
31. Villarreal E, Garza M, Nuñez G, Rodríguez S, Rodríguez O. Costo de la atención prenatal: Instituto Mexicano del Seguro Social. *RevChilObstetGinecol*. 2007; 78(5): p. 298-303
32. Guilford W, Downs K, Royce T. Knowledge of prenatal health care among Costa Rican and Panamanian women. *Rev Panamer Salud Publica*. 2008; 23(6): p. 369-76.
33. Waldenfels H, Pflanz M, Ramón J. Factores que influyen en la concurrencia al control prenatal en Montevideo, Uruguay. *RevMéd. Urug*. 1992; 8: p. 61-9.
34. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES. Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. Lima, Perú. 2014.
35. MINISTERIO DE SALUD. Centro de atención farmacéutica (CAF DIGEMID MINSA). [Online]. [http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Vacun_a_contra_difteria_y_tetanos_adulto\(DT_Adulto\).pdf](http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Vacun_a_contra_difteria_y_tetanos_adulto(DT_Adulto).pdf) : p 1

36. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2005. Cada madre y cada niño contarán. Ginebra (Suiza); 2005. Visitado en 2009 Ene 21. Disponible en: <http://www.who.int/world-healthday/previous/2005/es/>
37. Fuentes, R., Oporto, G., Alarcón, A., Bustos, L., Prieto, R., & Rico, H. (2009). Opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo. *Avances en Odontoestomatología*, 25(3), 147–154. doi:10.4321/S0213-12852009000300004
38. Munares O. Factores asociados al abandono al control prenatal - Instituto Nacional Materno Perinatal - 2011. Tesis de maestría. Lima: 2011.
39. Schwarcz, R; Fescina, R; Duverges, C; (2005). Obstetricia. ISBN 978-950-02-0417-0
40. Dirección General de salud de las Personas (DGSP). Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015. Lima, Perú: MINSA; 2009.
41. Ortiz R., Beltrán M. Modelo de atención prenatal de bajo riesgo. *MedUNAB*, 8(2): 102–112; 2005.
42. MINSA, Boletín epidemiológico N° 4 Y N°19 (Lima - Perú) Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletin.php> ISSN versión electrónica: 1816-8655, : <http://www.dge.gob.pe/boletin.php>.
43. TAVARA OROZCO, Luis. Tendencia de la mortalidad materna en el Perú: desafíos pendientes. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [online]. 2013, vol.59, n.3 [citado 2017-02-16], pp. 153-156. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000300001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 2304-5132.

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p>GENERAL ¿Cuáles son los factores predisponentes de deserción de la atención prenatal en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el periodo Enero-Julio 2016?</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • P.E.1. ¿Cuáles son los factores personales en la deserción de la atención Prenatal en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el periodo Enero-Julio 2016? • P.E.2. ¿Cuáles son los factores médicos en la deserción de la atención Prenatal en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el periodo Enero-Julio 2016? • P.E.3. ¿Cuáles son los factores institucionales en la deserción de la atención Prenatal en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el periodo Enero-Julio 2016? 	<p>GENERAL Determinar los factores predisponentes de deserción de la atención prenatal en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el periodo Enero-Julio 2016.</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • O.E.1. Identificar los factores personales en la deserción de la atención prenatal en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el periodo Enero-Julio 2016. • O.E.2. Analizar los factores médicos en la deserción de la atención prenatal en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el periodo Enero-Julio 2016 • O.E.3. Determinar los factores institucionales en la deserción de la atención prenatal en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el periodo Enero-Julio 2016 	<p>GENERAL El presente estudio, carecer de hipótesis por ser de tipo descriptivo. Se describirá los factores predisponentes que más se relacionan con la deserción de la atención prenatal en las gestantes.</p>	<p>Variable Única Factores predisponentes de deserción de la atención prenatal</p> <p>Dimensiones de la variable</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores Personales • Factores médicos • Factores Institucionales 	<p>Tipo de investigación: prospectiva –de corte transversal – cuantitativo – observacional</p> <p>Población y muestra: La población está conformada por todas las gestantes atendidas en el Control Prenatal del Hospital Santa María del Socorro de Ica</p> <p>La muestra intencional = 89 gestantes.</p> <p>Técnicas e instrumentos: Como técnica se utilizó la entrevista y encuesta. Como instrumento un cuestionario con 21 ítems</p>

ANEXO 2



FACTORES PREDISPONENTES DE DESERCIÓN EN LAS ATENCIONES PRENATALES EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ENERO-JULIO 2016

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

INSTRUMENTO: CUESTIONARIO

Estimada Sra. En esta oportunidad le informamos que estamos realizando una investigación con la finalidad de mejorar la calidad de atención prenatal, el cual beneficiará tanto a Usted como a su futuro bebé. Le solicitamos que responda con sinceridad a todas las preguntas que se plantean a continuación. Recuerde que esta encuesta es anónima y nadie sabrá sus respuestas.

I. FACTORES PERSONALES

- 1) Edad
 - a) 18 a 24 años
 - b) 25 a 31 años
 - c) 32 a 38 años
 - e) 39 a más
- 2) Grado de instrucción
 - a) Sin instrucción
 - b) Primaria
 - c) Secundaria
 - e) Superior
- 3) Lugar de procedencia
 - a) Zona Urbana
 - b) Zona Rural
- 4) Estado civil
 - a) Soltera
 - b) Conviviente
 - c) Casada
 - d) Divorciada
- 5) Edad gestacional
_____ Semanas
- 6) Número de gestaciones
 - a) Primigesta
 - b) Multigesta
 - c) Granmultigesta
- 7) Condición Laboral
 - a) Empleada
 - b) Desempleada
- 8) Ingresos económicos
 - a) S/. 00.00
 - b) S/ 700 – 900
 - c) S/ 1000-1200
 - d) S/ 1300-1500
- 9) Recibe apoyo de su familia durante el embarazo
 - a) Siempre
 - b) A veces
 - c) Nunca

- 10) La distancia de su casa al hospital le dificulta llegar a su atención prenatal
a) Si b) No
- 11) Conoce usted la importancia de la atención prenatal
a) Si b) No
- 12) Tiene Usted miedo al examen ginecológico
a) Si b) No

II. FACTORES MÉDICOS

- 13) Está usted satisfecha con la atención recibida por parte del personal de salud en su atención prenatal
a) Siempre b) a veces c) Nunca
- 14) El Personal de salud es eficiente en los procedimientos de su atención prenatal
a) Siempre b) A veces c) Nunca
- 15) Recibió un buen trato por parte del personal de salud en su atención prenatal
a) Siempre b) A veces c) Nunca
- 16) La Calidad de atención en su atención prenatal por parte del personal de salud es buena
a) Siempre b) A veces c) Nunca
- 17) Recibe usted consejería y educación por parte del personal de salud para su atención prenatal.
a) Siempre b) A veces c) Nunca

III. FACTORES INSTITUCIONALES

- 18) El ambiente donde se realiza la atención prenatal es adecuado
a) Siempre b) A veces c) Nunca
- 19) Se siente cómoda con las instalaciones y equipos cuando le realizan su atención prenatal
a) Siempre b) A veces c) Nunca
- 20) El tiempo de espera para recibir la atención prenatal es muy prolongado
a) Siempre b) A veces c) Nunca
- 21) Existe dificultad para conseguir las citas de la atención prenatal en el hospital
a) Siempre b) A veces c) Nunca