



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

**FACTORES INSTITUCIONALES QUE INFLUYEN EN LA INASISTENCIA A LA
ATENCIÓN PRENATAL EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA.
SAN JUAN DE MIRAFLORES-LIMA. JUNIO 2015**

TESIS PRESENTADO POR:

HUAMANÍ GUERRERO Mirney Magnoli

PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

LIMA – PERÚ

2016

Dedico a mis hijos que con su amor,
ternura y sonrisas me motivan
a seguir cada día adelante.

Agradezco a Dios por ayudarme con sus bendiciones e iluminarme cada día.

A mis padres, en especial mi madre que con su apoyo me ayudó a culminar.

A mi esposo por estar a mi lado, por escucharme y entenderme.

RESUMEN

FACTORES INSTITUCIONALES QUE INFLUYEN EN LA INASISTENCIA A LA ATENCIÓN PRENATAL EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA. LIMA. JUNIO 2015

OBJETIVO: Determinar los factores institucionales que influyen en la inasistencia a la atención prenatal en puérperas del Hospital María Auxiliadora en el mes de Junio del 2015.

MATERIAL Y MÉTODO: Este estudio es descriptivo de corte transversal y prospectivo. La muestra estuvo constituida por 54 puérperas que tuvieron la atención prenatal en el Hospital María Auxiliadora y que asistieron a menos de 6 atenciones corroborados en el carné perinatal.

RESULTADOS: Según el estudio para la inasistencia a las atenciones prenatales durante la gestación influyó la calidad de atención prenatal brindada por el Gineco-Obstetra, dentro de este factor un 72,2% el tiempo de espera para la atención prenatal es mayor a 15 minutos, el 61,1% la atención prenatal dura menos de 15 minutos, además el 55,6% refirieron que el Gineco-Obstetra no las llama por su nombre anteponiendo señora y el 51,9% el Gineco-Obstetra no resuelve sus dudas sobre las molestias que le aquejan. En el factor disponibilidad del servicio de Gineco-Obstetricia para la atención prenatal, se encontró 51,9% indicaron tempranos horarios para la obtención de citas. No influye la accesibilidad al Hospital María Auxiliadora.

CONCLUSIONES: Los factores institucionales; calidad de atención brindada por el Gineco-Obstetra y la disponibilidad del servicio de Gineco-Obstetricia para la atención prenatal influyeron en la inasistencia a la atención prenatal.

PALABRAS CLAVE: Factores institucionales, factores de Inasistencia, atención prenatal, puérperas, control prenatal.

ABSTRACT

INSTITUTIONAL FACTORS THAN HAVE INFLUENCE IN THE ABSENCE TO THE ANTENATAL ATTENTION IN PUERPERAS OF THE HOSPITAL MARIA AUXILIADORA. LIMA. 2015

OBJECTIVE: Determine the institutional factors influencing failure to attend prenatal care in postpartum women of Maria Auxiliadora Hospital in the month of June 2015.

MATERIAL AND METHOD: This study is descriptive cross sectional and prospective. The sample consisted of 54 postpartum women who had prenatal care at the Maria Auxiliadora Hospital and attended by less than 6 attentions corroborated in the perinatal card.

RESULTS: According to the study for not attending prenatal care during pregnancy influenced the quality of prenatal care provided by the OB-GYN, within this factor 72.2 % the waiting time for prenatal care is greater than 15 minutes, the 61.1 % lasts less than 15 minutes prenatal care , plus 55.6 % reported that the OB-GYN does not call by name by prefixing lady and 51.9 % the OB-GYN does not resolve doubts about the inconvenience They are afflicting him . In the service availability factor of Obstetrics and Gynecology for prenatal care, 51.9 % indicated it was found early hours to obtain appointments. No influence accessibility to Maria Auxiliadora Hospital.

CONCLUSIONS: Institutional factors; quality of care provided by the OB-GYN and service availability of Obstetrics and Gynecology for prenatal care influenced the failure to attend prenatal care.

KEY WORDS: Institutional factors, Inasistencia's factors, antenatal attention, puerperas, antenatal control.

ÍNDICE

CARÁTULA.....	I
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT.....	V
ÍNDICE.....	VI
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I

PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1	Descripción de la realidad problemática.....	3
1.2	Delimitación de la investigación.....	8
1.3	Formulación del problema.....	8
	1.3.1 Problema principal.....	8
	1.3.2. Problemas secundarios.....	8
1.4.	Objetivos de la Investigación.....	9
	1.4.1. Objetivo general.....	9
	1.4.2. Objetivos específicos.....	9
1.5.	Hipótesis y Variables.....	9
	1.5.1. Hipótesis.....	9
	1.5.2. Clasificación de variables.....	9
1.6.	Diseño de la Investigación.....	12
	1.6.1. Tipos de Investigación.....	12
	1.6.2. Nivel de Investigación.....	12
	1.6.3. Método.....	12
1.7.	Población y muestra de la Investigación.....	13
	1.7.1. Población.....	13
	1.7.2. Muestra.....	13
1.8.	Técnicas e Instrumentación de la Recolección de Datos.....	15
	1.8.1 Técnicas.....	15

1.8.2. Instrumentos.....	15
1.9 Justificación e Importancia de la Investigación.....	16

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación.....	18
2.2 Bases teóricas.....	22
2.3 Definición de Términos Básicos.....	38

CAPÍTULO III
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

DISCUSIÓN.....	81
CONCLUSIONES.....	83
RECOMENDACIONES.....	84
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	86
ANEXOS.....	92
Matriz de consistencia.....	93
Instrumento.....	95
Constancia de Aprobación del Hospital María Auxiliadora.....	99

INTRODUCCIÓN

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, idealmente antes de las 14 semanas de gestación, para brindar un paquete básico de intervenciones que determinan la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado y la participación de la familia, así como para el manejo adecuado de las complicaciones.

La atención prenatal, conjuntamente con el parto institucional y el seguimiento del recién nacido son las estrategias de reducción de la mortalidad materna y perinatal más adecuadas, si se presenta el abandono o inasistencia a la atención prenatal se deja de realizar una serie de actividades preventivas y de promoción de la salud en la gestante y la familia, porque limita el contacto entre el profesional de la salud que brinda la atención y las pacientes. La inasistencia a la atención prenatal no sólo se debe a factores económicos, sino posiblemente se plantean factores de tipo social, institucional, organizacional y médico, así como de calidad de la atención prenatal, además puede generar complicaciones durante y después de la gestación y traer consecuencias irreversibles para la madre y el hijo como partos pretérmino, retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), bajo peso al nacer y mayores tasas de infecciones, hemorragias y de mortalidad materno- perinatal.

En el primer capítulo se describe el problema, las limitaciones de éste, la formulación y los objetivos de la investigación, la parte metodológica de cómo se realizó la investigación según la modalidad de estudio, método de investigación, la población y muestra que se utilizó y las técnicas como la entrevista que nos ayudó a obtener información, así como también la justificación e importancia de la investigación, el segundo capítulo hace referencia al marco teórico y sus partes como son los

antecedentes de la investigación, bases teóricas y definición de términos básicos y en el tercer capítulo se expone el análisis e interpretación de los resultados obtenidos, para realizar así la discusión, las conclusiones y recomendaciones, además se presenta las fuentes de información y los anexos respectivos.

CAPÍTULO I

PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. Descripción de la Realidad Problemática

La atención prenatal tiene como objetivo la identificación oportuna y manejo adecuado de los factores de riesgo obstétricos, la realización de pruebas de laboratorio y el seguimiento de parámetros básicos como son la altura uterina, el peso materno y la presión arterial, ayudan a prevenir y al diagnóstico temprano de patologías que benefician la salud materna y perinatal, conjuntamente con el suministro de micronutrientes especialmente en pacientes con estados carenciales o clasificadas como de alto riesgo obstétrico. Por lo tanto se recomienda que la atención prenatal debe iniciarse precozmente, lo más temprano posible, tratando de que sea en el primer trimestre de la gestación,¹ ya que permite la ejecución de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental de la atención prenatal.² En relación a la frecuencia ésta corresponde a la edad gestacional de cada gestante, hasta las 32 semanas es mensual, luego quincenal (33-36) y posteriormente semanal (a partir de las 37 semanas), no obstante el Ministerio de Salud (MINSA) exige como mínimo tener 6 atenciones prenatales.³ De esta manera, la atención prenatal contribuye a evitar complicaciones en las madres y los fetos y a la disposición de mecanismos protectores para eliminar o minimizar los peligros detectados a través de un proceso educativo continuo y

permanente que permite cambios de conducta favorables a su estado y conlleva a la atención del parto en mejores condiciones. Además desde un punto de vista médico la consulta debe ser universal, exhaustiva e integral que solucione las molestias comunes y propias del embarazo y de los procesos mórbidos que puedan presentarse; que le permita hacer multidisciplinaria la atención de la paciente.²

En la región de las Américas, el porcentaje de mujeres que durante su gestación recibió atención por personal de salud calificado por lo menos en una ocasión aumentó desde el 83% en 2012 al 95% en 2013, no obstante en la región del Mediterráneo Oriental solo el 71% de las mujeres recibió esa atención.

La Organización Mundial de la Salud ha recomendado que se realicen al menos cuatro visitas de atención prenatal para asegurar el bienestar de las madres y de los recién nacidos. Entre las regiones se observan diferencias sustanciales en cuanto al acceso a la atención prenatal. En 2013, en Asia Sudoriental el 54% de las gestantes recibió atención prenatal al menos en cuatro ocasiones; en África ese porcentaje fue del 47%, el 86% en América y el 39% en Mediterráneo Oriental.

Según la OMS, el Perú entre los años 2006 y 2013, la cobertura de la atención prenatal con al menos una visita fue de 96%, a diferencia de otros países del continente americano, tales como Cuba (100%), Argentina (91%), Brasil (97%), Ecuador (84%), Bolivia (86%) y Colombia con 97%, quedando Ecuador entre los países con menor porcentaje de mujeres asistentes a la atención prenatal.⁴

En el Perú a nivel departamental se han dado grandes progresos en el acceso a la atención prenatal. Departamentos como Huánuco (98,9%), Pasco (95,5%), Huancavelica (96,2%), Ayacucho (96,5%), Cajamarca (96,9%) y Ucayali (87%), que tenían coberturas por debajo de 60% a mediados de los 90, ahora alcanzan niveles de cobertura muy altos. Amazonas y Loreto, que igualmente han logrado progresos importantes, son los que tienen menores niveles de cobertura 84,6% y 79,7% respectivamente.⁵

Según los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) para el año 2011 el 94,2% de las gestantes acudieron a 4 o más controles prenatales⁶, la cifra fue similar para el año 2012 (94,4%)⁷, esta información no es comparable con lo estipulado en el Ministerio de Salud, que coloca como mínimo 6 atenciones prenatales, por lo que no es posible determinar cuántas gestantes en la población acudieron a 6 o más atenciones prenatales.

En el Instituto Nacional Materno Perinatal, las gestantes controladas con 6 o más atenciones prenatales fue el 49,2% (2010), esta cifra ha variado poco en los siguientes años llegando a 46% en 2011, 45,7% en 2012 y 50,3% en 2013,⁸ es decir, por lo menos la mitad de gestantes no concluyen sus atenciones prenatales y posiblemente no terminan de desarrollarse todos los objetivos del control prenatal.

En el 2014, Perú tuvo el 96,9% de mujeres con alguna atención prenatal por personal de salud calificado (ENDES 2014), lo que constituyó un aumento sobre el 94,3% encontrado durante la ENDES 2009.⁵

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,⁹ sin embargo aún son muchas las gestantes que no acuden a la atención prenatal, porque ignoran la necesidad de esta vigilancia, ya sea porque la mujer se siente sana y no estima la necesidad de someterse a control; el embarazo evoluciona sin mayores molestias, lo considera normal, ignora las ventajas de la prevención, no tiene tiempo para recibirla y por tanto solo solicita asistencia cuando siente objetivamente los trastornos de una complicación, o cuando ésta la incapacita para el desarrollo de sus actividades. En este sentido, el profesional de salud (médico u obstetra) adquiere un rol protagónico, porque se encarga de la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.¹⁰

En un estudio en Venezuela “Consulta prenatal: motivos de inasistencia” se indicó que las causas por las cuales las gestantes no asisten o dejan de asistir a las atenciones prenatales son muchas, entre ellas está el poco valor que le asignan a las actividades que el personal de salud realiza dentro del control prenatal. Pareciera que esta relación intercultural fuera sólo física y no existiera otro tipo de comunicación, convirtiéndose en seres pasivos de su propio cuidado. Este alejamiento hace que la gestante y su grupo familiar acuda a las parteras, consejeros tradicionales que les permitan expresar sus necesidades de cuidado, pero declinando al terminar su gestación.¹¹ (Díaz y Girart, 2009:12), en su investigación el control prenatal como antecedente de importancia en la morbilidad neonatal, encontró que el 66,04% de las madres no se realizaron el control prenatal o lo hicieron de forma inadecuada y es, en este grupo donde se encontró el mayor número de casos de morbilidad y mortalidad neonatal.¹²

En Colombia (Hernández y Cala, 2009), evaluaron los factores asociados al abandono del programa de control prenatal, se encontró como principal motivo de inasistencia la distancia y la falta de dinero para los pasajes, seguido de la inconformidad que está relacionada con el tiempo de espera para la atención médica.¹³

En Ecuador (Cadena, 2011).publicó un estudio cuyo objetivo fue identificar factores asociados a la adherencia al control prenatal. Dicho trabajo mostró que a pesar de que las mujeres tenían conocimientos sobre los procedimientos y prácticas del CPN son los factores culturales, étnicos, socioeconómicos, educativos y la percepción de la calidad de la atención los que tenían mayor asociación en la adherencia al CPN.¹⁴

Otro estudio “Relación de los factores biosocioculturales y asistencia al control prenatal en gestantes” indicó que la inasistencia a las atenciones prenatales puede estar causada también por factores económicos, culturales, laborales, sociales; sin embargo, no solo depende de la madre, sino también de factores

externos, como por ejemplo: su costo, cuando no es gratuito para el usuario; pérdida de horas laborales, así como también la paridad, pues debido a la cantidad de hijos que ya tiene la gestante, al no poder dejarlos a cargo de otras personas, opta por no acudir a sus controles prenatales, o simplemente aduce que ya sabe lo suficiente porque ya tiene varios hijos, lo cual hace restar importancia a la necesidad de su atención prenatal.

Todos estos factores influyen negativamente sobre la asistencia a la atención prenatal, pues siendo éste un factor primordial para prevenir, diagnosticar y tratar factores de riesgo del embarazo y parto, si no se atiende pueden conllevar a mayores tasas de partos pretérmino, retardo de crecimiento intrauterino, pequeños para edad gestacional, mayores tasas de infecciones y de mortalidad materno-perinatal, además de complicaciones durante el embarazo, hemorragias, preeclampsia, lo que constituye las causas de la mortalidad materna.¹⁵

La trascendencia de la atención prenatal hacia la familia, y la validez social que se le dé a la gestante, facilitará el conocimiento de su medio social, permitiendo un intercambio de conocimientos, negociables con la gestante y su familia, convirtiéndose el agente de salud en un facilitador de los cuidados.¹⁶

En el Hospital María Auxiliadora, en el cual se hizo la investigación, aún no se han realizado estudios acerca de los factores institucionales que influyen en la inasistencia a la Atención Prenatal en puérperas.

1.2. Delimitación de la Investigación

Geográfica: La investigación se realizó en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora institución del Ministerio de Salud, de Nivel III-1, centro hospitalario de referencia del Cono Sur de Lima Metropolitana, situado en el distrito de San Juan de Miraflores.

Social: Población sujeto a estudio fueron las puérperas que asistieron a menos de 6 atenciones prenatales.

Temporal: Se realizó durante el mes de Junio del 2015.

1.3. Formulación del Problema

1.3.1. Problema Principal:

¿Cuáles son los factores institucionales que influyen en la inasistencia a la atención prenatal en las puérperas del Hospital María Auxiliadora en el mes de Junio del 2015?

1.3.2. Problemas Secundarios:

¿En qué medida la calidad de atención prenatal brindada por el Gineco-Obstetra influye como factor institucional de inasistencia a la atención prenatal?

¿En qué medida la accesibilidad al hospital influye como factor institucional de inasistencia a la atención prenatal?

¿En qué medida la disponibilidad del servicio de Gineco-Obstetricia para la atención prenatal influye como factor institucional de inasistencia a la atención prenatal?

1.4. Objetivos de la Investigación

1.4.1.-Objetivo General

-Determinar los factores institucionales que influyen en la inasistencia a la atención prenatal en las puérperas del Hospital María Auxiliadora en el mes de Junio del 2015.

1.4.2.-Objetivos Específicos

-Identificar la calidad de atención prenatal brindada por el Gineco-Obstetra como factor institucional de inasistencia a la atención prenatal.

-Identificar la accesibilidad al hospital como factor institucional de inasistencia a la atención prenatal.

-Identificar la disponibilidad del servicio de Gineco-Obstetricia para la atención prenatal como factor institucional de inasistencia a la atención prenatal.

1.5. Hipótesis y Variables

1.5.1. Hipótesis

No es pertinente porque el tipo de investigación es descriptiva.

1.5.2. Clasificación de Variables

Variable A: Calidad de atención prenatal brindada por el Gineco-Obstetra.

Variable B: Accesibilidad al hospital.

Variable C: Disponibilidad del servicio de Gineco-Obstetricia para la atención prenatal.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	MEDICION
Calidad de atención prenatal brindada por el Gineco-Obstetra	Funciones, características o comportamientos de un servicio prestado por parte del profesional que brinda la atención y que les hace capaces de satisfacer las necesidades de las gestantes.	Trato del Gineco-Obstetra	Confiable, cortés, arrogante, inhumano
		El Gineco-Obstetra la saluda al ingresar al consultorio	Si, No, A veces
		El Gineco-Obstetra la llama por su nombre anteponiendo señora	Si, No, A veces
		El Gineco-Obstetra pregunta sobre el estado de salud en que Ud. se encuentra	Si, No, A veces
		Recibe información del Gineco-Obstetra sobre su situación de salud	Si, No, A veces
		El Gineco-Obstetra escucha sus inquietudes	Si, No, A veces
		El Gineco-Obstetra resuelve sus dudas	Si, No, A veces
		El Gineco-Obstetra le presta atención o interés durante la consulta	Si, No ,A veces
		El tiempo de espera para la atención prenatal es de 15 min.	Si, <15 min., >15 min.
		Tiempo que dura la atención es de 15 min.	Si, <15 min., >15 min.

		El Gineco-Obstetra se despide de Ud. al culminar la atención	Si, No, A veces
Accesibilidad al hospital	Facilidad que tienen los usuarios de obtener los servicios de salud.	Tiempo que tardan en llegar de su vivienda al Hospital María Auxiliadora	<10 min., 10-30 min., 30-60 min., >60 min.
		Medio de transporte	Taxi, Bus, Mototaxi, A pie
		Pistas	Si, No
		Veredas	Si, No
Disponibilidad del servicio de Gineco-Obstetricia para la atención prenatal	Posibilidad de usar libremente un servicio que está listo o preparado con algún propósito.	Habían Gineco-Obstetras para su atención prenatal	Siempre, Nunca, A veces
		Habían técnicas de enfermería en su atención prenatal	Siempre, Nunca, A veces
		El ambiente del consultorio cuenta con limpieza, decoración y privacidad	Siempre, Nunca, A veces
		Encontraba citas para su atención prenatal	Siempre, Nunca, A veces
		Como considera el proceso de obtención de citas	Largas colas, Tempranos horarios, Buen proceso
		Encontraba en farmacia los medicamentos indicados por el Gineco-Obstetra	Siempre, Nunca, A veces
		En laboratorio le realizaban todos los análisis indicados por el Gineco-Obstetra	Siempre, Nunca, A veces

		En el servicio de Gineco-Obstetricia le realizaban todas las ecografías indicadas por el Gineco-Obstetra	Siempre, Nunca, A veces
		Existían consultorios para sus atenciones prenatales	Siempre, Nunca, A veces

1.6. Diseño de la Investigación

1.6.1. Tipo de investigación

Descriptiva, buscan especificar las propiedades importantes de la población o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar.

Transversal, describe los hechos de la misma manera como se presentan

Prospectivo, porque se recolectó la información a medida que se realizó el estudio.

1.6.2. Nivel de Investigación

Aplicativa, plantea resolver problemas concretos. Es decir, se interesa fundamentalmente por la propuesta de solución en un contexto físico-social específico.

1.6.3. Método

Cuantitativo, es secuencial y probatorio, utiliza la lógica o razonamiento deductivo.

1.7. Población y Muestra de la Investigación

1.7.1. Población

El universo total, obtenido del mes de Junio del 2015 fue de 122 puérperas que tuvieron la atención prenatal en el Hospital María Auxiliadora y que asistieron a menos de 6 atenciones corroborados en el carné perinatal.

1.7.2. Muestra

Se obtuvo un tamaño de muestra de 54 puérperas, aplicando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot (Z_{\alpha})^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N-1) + (Z_{\alpha})^2 \cdot p \cdot q}$$

N = Población = 122

n = muestra

p = Proporción de personas con el fenómeno a estudiar = 0.5 (50%)

q = Proporción de personas sin el fenómeno a estudiar = 0.5 (50%)

Z_{α} = Desviación normal de la muestra al nivel de error aceptado

$\alpha = 0.05 = 1.96$

d = precisión de la muestra = 0.1 (10%)

$$n = \frac{122 \times (1.96) (1.96) (0.5) (0.5)}{(0.1)(0.1) (122-1) + (1.96) (1.96) (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{122 \times 0.9604}{1.21 + 0.9604}$$

$$n = \frac{117.1688}{2.1704}$$

$$n = 54$$

Criterios de Inclusión

Puérperas con menos de 6 atenciones prenatales

Puérperas que cuenten con Carné perinatal

Puérperas que hayan sido referidas al Hospital María Auxiliadora para sus atenciones prenatales

Puérperas que hablen el idioma castellano

Puérperas que acepten participar en la investigación

Criterios de exclusión

Puérperas con $> \text{ ó } = 6$ atenciones prenatales

Puérperas que no cuenten con Carné perinatal

Puérperas sordomudas

Puérperas con problemas psiquiátricos

Puérperas sin atención prenatal

Puérperas que no hablen castellano

Puérperas que no hayan sido referidas al Hospital María Auxiliadora para sus atenciones prenatales

Puérperas que no acepten participar en la investigación

1.8 Técnica e instrumentación de la Recolección de datos

1.8.1. Técnica

La técnica utilizada fue la entrevista a las puérperas del Hospital María Auxiliadora con previa autorización de la dirección y la aceptación de las puérperas.

El procesamiento de la información y los datos obtenidos fueron sometidos a control de calidad para ser ingresados a una base de datos Excel, para obtener resultados que serán presentados en tablas y gráficos estadísticos.

1.8.2. Instrumento

Es un Cuestionario elaborado por la autora del estudio que ha permitido obtener información de la fuente directa, el cuestionario fue sometido a juicio de tres expertos quienes dieron la validez respectiva.

Este instrumento constó de 29 preguntas divididas en 4 ítems.

-Primer ítem: Trata de datos personales y consta de 5 preguntas. Aborda los aspectos relacionados con la edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación y número de atenciones prenatales durante su gestación.

-Segundo ítem: Aborda la calidad de atención prenatal y consta de 11 preguntas que fueron dirigidas para obtener información sobre la calidad de atención, como las acciones que realiza el Gineco-Obstetra para tener una buena relación con las gestantes.

-Tercer ítem: Trata de datos sobre accesibilidad al hospital y consta de 4 preguntas. Se refiere al acceso que tienen las gestantes al Hospital María Auxiliadora para recibir la atención prenatal.

-Cuarto ítem: Trata de datos sobre la disponibilidad del servicio de Gineco-Obstetricia y consta de 9 preguntas que fueron dirigidas para obtener información sobre la existencia de recursos humanos y materiales que brinden a la gestante una mejor atención con los servicios necesarios.

1.9. Justificación e Importancia de la Investigación

El presente estudio se realizó en el Hospital María Auxiliadora, debido a la problemática de las gestantes que no asisten a la atención prenatal por múltiples factores que les impide seguir su control respectivo.

En nuestro país 96,9% de gestantes tienen acceso a la atención prenatal (ENDES 2014), lo cual representa la reducción de la falta de cobertura de los servicios de salud, sin embargo gran parte de las gestantes dejan de asistir a la atención prenatal ya sea por factores personales o propios de la gestante, factores de la institución que corresponden a su organización y factores médicos propios de la interacción entre profesional de salud y pacientes involucrados al mismo, tiempo de espera y trato.

La atención prenatal es una de las actividades a realizar en los servicios de salud de todo el país, diariamente se realiza cientos de atenciones prenatales en todos los sectores de salud y los niveles de atención, sin embargo, existen gestantes que acuden una o dos veces a su control y no vuelven sino es por alguna emergencia o para atención de parto. Al realizar esto, se pierde valioso tiempo para poder cumplir con los objetivos de la atención prenatal y sobre todo se deja de realizar actividades de prevención y promoción de la salud.

La atención prenatal durante la gestación se considera como una de las medidas más importantes para preservar la salud del binomio madre-feto. El descenso en la mortalidad materna y perinatal logrado por la atención prenatal es demostrable, ya que según ENDES 2014 la tasa de mortalidad materna en el Perú es de aproximadamente 93 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos y la Tasa de Mortalidad Perinatal es 15 defunciones por mil embarazos de siete o más meses de duración. La mortalidad perinatal es un indicador de los riesgos de muerte ligados a la reproducción, atención prenatal, parto y postparto, actuando como demarcador de la calidad del servicio de salud materno infantil.

La atención prenatal en cantidad y calidad, manejando los factores de riesgo tiene un enorme potencial de contribución a la salud materna y perinatal y es un claro ejemplo de medicina preventiva, una de las metas más importantes de la atención prenatal consiste en prevenir o dar tratamiento a cualquier complicación que se pueda presentar tanto perinatales (prematurez, asfixia, malformaciones congénitas, bajo peso al nacer y síndrome de dificultad respiratoria) como maternas (hemorragia, infecciones y trastornos hipertensivos del embarazo, etc).

El problema a investigar ayudará a prevenir oportunamente riesgos de complicaciones mediante la identificación de factores institucionales que inciden a que las gestantes no acudan continuamente a la atención prenatal. Gracias a esta investigación lograremos dar a conocer que es muy importante que las gestantes acudan a la atención prenatal, además aporta conclusiones valiosas que el MINSA pueda tomar en cuenta y así realizar nuevas investigaciones que contribuyan con la solución a este problema.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

Chacha G. En el 2014 en Machala-Ecuador realizó un estudio titulado “Factores relacionados al incumplimiento de los controles prenatales en las embarazadas asistentes a la consulta externa del Hospital María Lorena Serrano”. **Objetivo:** Determinar factores relacionados al incumplimiento de los controles prenatales en las embarazadas asistentes a la consulta externa del hospital María Lorena Serrano. **Material y Métodos:** Este estudio fue descriptivo, documental, el universo es de 557 embarazadas que acudieron a consulta del control prenatal tomando como muestra 101 embarazadas. **Resultados:** El 51.49% de la población de estudio no se realizó los controles prenatales en el hospital María Lorena Serrano, en cuanto al 48.51% si se los realizó, la edad de 15-19 años fue 23.76%, el estado civil de embarazadas en unión libre 59.40%, el 75.24% han cursado estudios secundarios, mientras el 45.54% son amas de casa, el 75.24% consideran su nivel económico como medio ,el desconocimiento de las embarazadas acerca de la importancia de un adecuado control prenatal es el 45.54%, la accesibilidad geográfica del 8.91% es de 1 hora, mientras el 29.70% de las embarazadas son primigestas, no presentan enfermedades en el actual embarazo un 68.31%, mientras que en la disponibilidad de los servicios de salud no satisface la atención 9.90%, y se

realizan controles particulares 24.75%, se intervino con cada embarazada. **Conclusiones:** Se realizó una propuesta educativa dando a conocer la importancia de un adecuado control prenatal y los autocuidados que deben tener durante su embarazo, demostrándose satisfacción por parte de las mujeres que la recibieron.¹⁷

Rodríguez F, Jiménez W, Jiménez C, Coral A, Ramírez P, Ramos N. En el 2014 en Bogotá-Colombia realizaron un estudio titulado “Efecto de las Barreras de Acceso sobre la Asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales”. **Objetivo:** Determinar qué condiciones pueden explicar la inasistencia a citas programadas de control prenatal y evaluar si la eliminación de las barreras de acceso mejora las condiciones de salud de las gestantes. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio de diseño mixto, multietápico, de cohorte prospectivo. **Resultados:** La dificultad para el pago de transporte fue la principal barrera de acceso causante de inasistencia. Mediante la entrega de subsidios de transporte, las inasistencias disminuyeron 87 %. Los determinantes de la salud asociados con mayor probabilidad de presentar complicaciones perinatales fueron: estrato socioeconómico bajo, distancia de la vivienda respecto al sitio de atención y alta puntuación en escala de riesgo biopsicosocial. Adicionalmente, factores como educación superior y sustento económico a cargo del hombre cabeza de familia, se identificó dos grupos: uno, conformado por gestantes con viviendas ubicadas a más de 10 km (52 %), y un segundo constituido por aquellas que habitan a menos de 10 km (48 %), se asociaron a reducción del riesgo de complicaciones materno-fetales, **Conclusiones:** Las barrera económicas, socioculturales y geográficas, obviadas por el sistema de salud colombiano, afectan la accesibilidad al cpn.¹⁸

Munares O. En el año 2014 en Lima-Perú realizó un estudio titulado “Factores Asociados al Abandono al Control Prenatal”. **Objetivo:** Analizar los factores asociados al abandono del control prenatal en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el período junio a diciembre de 2011. **Material y Métodos:** Estudio de casos y controles donde se asignaron a

662 gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, divididas en 331 pacientes con abandono al control prenatal (casos) y 331 pacientes sin abandono al control prenatal (controles), pareadas según fecha de atención del parto y sexo del recién nacido, a los cuales se aplicó el instrumento de recolección de datos que indagó datos generales y los factores de abandono: social, institucional y personal. **Resultados:** Hubo diferencias en cuanto al promedio de controles prenatales para los casos fue $3,9 \pm 1,2$ y en los controles fue $8,4 \pm 1,8$. En los casos los factores sociales asociados fueron dificultad de permisos en el trabajo (23,9%) y dificultad por quehaceres domésticos (19%). Los factores institucionales fueron trato inadecuado (12,7%), profesional de la salud-paciente insatisfactoria (18,4%); relación profesional de la salud paciente impersonal (24,2%); episodios de maltrato por parte del profesional (5,1%), poca prioridad para su atención prenatal (11,8%), incoordinación entre los servicios (39,3%), tiempo de espera largo (47,4%), servicios incompletos (27,2%), calidad inadecuada del control prenatal (47,1%) y consultorio prenatal difícil de ubicar (23%). Los factores personales fueron olvido de las citas (42,6%), dificultad para el cuidado de los hijos (21,5%) y multiparidad (8,8%). El análisis multivariado determinó asociación dificultades de permisos en el trabajo (ORa:2,2 IC95% 1,4:3,5), dificultades por quehaceres domésticos (ORa:2,9 IC95% 1,6:5,1); servicios incompletos (ORa:3,6 IC95% 2,2:5,9); consultorio prenatal difícil de ubicar (ORa:1,8 IC95% 1,2:2,9) y calidad inadecuada del control prenatal (ORa:2,4 IC95% 1,7:3,5). **Conclusiones:** Existen factores sociales, institucionales y personales asociados al abandono al control prenatal.¹⁹

Cobos L. En el año 2013 en Santa Elena-Ecuador se realizó un estudio titulado “Factores que influyen en la atención prenatal en adolescentes que acuden a la consulta del subcentro de salud Zapotal-Santa Elena”. La población a estudiar fue de 30 gestantes que acuden a la consulta prenatal, de la cual no se utilizó más muestra debido a la falta de inasistencia a las consultas prenatales. **Objetivo:** Identificar los factores socioeconómicos, demográficos que influyen en la atención prenatal de gestantes que acuden a la consulta

prenatal en el subcentro de salud de Zapotal. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal en el cual se realizaron 30 encuestas. También encontramos un amplio marco científico de un embarazo en adolescentes con fundamentos del marco legal y el marco conceptual. **Resultado:** El 70% de las gestantes se encuentran entre la edades de 15 a 17 años, el 77% de las gestantes adolescentes no ha recibido charlas por el personal de salud dentro de la institución, y el 40% desconoce sobre los riesgos que ocasionan al no asistir a las consultas prenatales periódicamente, el 60% no sabe la importancia de un control prenatal oportuno, el 54% no acude a la institución por la distancia, lo económico y el tiempo que genera al llegar a institución y le impide llevar un control por la distancia y el tiempo que se requiere llegar al subcentro de salud. **Conclusión:** Los factores socioeconómicos, demográfico y el conocimiento influyen en la atención prenatal de gestantes adolescentes.²⁰

Jumbo C. En el año 2012 en Ecuador se realizó un estudio titulado “Factores Asociados a la Inasistencia de los Controles Prenatales en las Adolescentes Embarazadas de la Parroquia Barbones”. **Objetivos:** Determinar las características individuales, factores socioeconómicos, accesibilidad geográfica y los servicios de salud. **Material y Métodos:** Fue un estudio de tipo descriptivo transversal, en el que se aplicó el método deductivo mediante la aplicación de un instrumento como la encuesta, en la cual se hizo preguntas relacionadas a los objetivos. **Resultados:** Mostraron que el 58% de las adolescentes embarazadas están en la edad de 16 y 17 años, el 58% de las adolescentes son de estado civil Unión libre, cuya escolaridad es de un 54% nivel primario, su accesibilidad geográfica del S.C.S esta una distancia de diez minutos en un 46%, la población asiste en un 47%, en un 56% trabajan, en un 76% se realizó promoción de los servicios de salud, un 54% tiene nivel económico bajo. **Conclusiones:** Los beneficiarios de este programa educativo fueron cincuenta adolescentes embarazadas a las que se les dio talleres educativos sobre Atención Prenatal, Importancia del Control Prenatal, Nutrición durante el embarazo, Planificación Familiar, detección de riesgo en el embarazo.²¹

2.2. Bases Teóricas

Atención Prenatal Reenfocada:

Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto idealmente antes de las 14 semanas de gestación para brindar un paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación del autocuidado y la participación de la familia, así como el manejo adecuado de las complicaciones, con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos.²²

Objetivos:

- Evaluar integralmente a la gestante y al feto.
- Identificar la presencia de signos de alarma o enfermedades asociadas que requieran un tratamiento especializado.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
- Preparar física y mentalmente a la gestante para el parto, así como al entorno familiar.
- Realizar el planeamiento individualizado del parto institucional con participación de la pareja y la familia.
- Promover el apoyo familiar y social para el cuidado prenatal.
- Vigilar el crecimiento y la vitalidad del feto.
- Disminuir las molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- Promover la adecuada nutrición.
- Prevenir o tratar la anemia.²³

Gestantes

Atendida: Es aquella gestante que acude a su primera atención prenatal en el embarazo actual en cualquier establecimiento de salud.

Atenciones (ATC): Son las atenciones prenatales que recibe la gestante durante el embarazo actual en cualquier establecimiento de salud.

Controlada (CTRL): Gestante que cumple su sexta atención prenatal.²²

Se denomina atención prenatal eficiente al que cumpla con cuatro requisitos básicos; de acuerdo con ellos; debe ser:

Precoz o Temprano:

La atención prenatal debe empezar desde el primer trimestre de la gestación, ya que esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento protección y recuperación de la salud. Además torna factible la identificación precoz de embarazos con alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir y el lugar en el que debe de realizarse.

Tipo de atención prenatal

-Precoz (Hasta 13 semanas de gestación)

-Tardío (14 y más semanas de gestación)

Periódico o Continuo:

La frecuencia de la atención prenatal varía según el riesgo que presente la gestante. Las de alto riesgo necesitan una mayor cantidad de consultas, cuyo número varía según el tipo y la gravedad del problema.

La frecuencia óptima de atención prenatal es la siguiente:

- Una atención mensual hasta las 32 semanas
- Una atención quincenal entre las 33 y 36 semanas
- Una atención semanal desde las 37 semanas hasta el parto ²⁴

Completo o Integral:

La atención prenatal debe ser completa en contenidos de evaluación del estado general de la mujer, de la evolución del embarazo y de los controles e intervenciones requeridos según edad gestacional. Los contenidos deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Extenso o de amplia cobertura:

Sólo en la medida en que el porcentaje de población controlada sea alto (ideal es que dé cobertura a todas las gestantes), se podría disminuir las tasas de morbilidad materna y perinatal.²⁵

Identificación de factores de riesgo:

El factor de riesgo es toda aquella característica biológica, ambiental o social que cuando se presenta se asocia con el aumento en la probabilidad de padecer un daño sea en el feto o en la madre o en ambos.

En el marco de la perinatología, los factores que contribuyen con mayor frecuencia a la morbilidad del recién nacido son la prematuridad, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. Por tanto, la identificación de las patologías que generen estas situaciones debe constituirse en una de las prioridades del control prenatal.

Por otro lado, las patologías que afectan a la madre son las hemorragias ante, intra y pos parto, la hipertensión inducida por el embarazo y, desde luego, las patologías de base que presentan las pacientes al iniciar su embarazo.²⁴

Clasificación de riesgos en la atención prenatal:

De acuerdo al enfoque de riesgo, la atención prenatal ubica a la población en dos grupos de riesgos: Gestantes de bajo y alto riesgo.

El enfoque de riesgo se fundamenta en el hecho que no todos los individuos tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado, sino que para algunos, dicha probabilidad es mayor que para otros.

Esta diferencia establece un gradiente de necesidades de cuidados que va desde un mínimo para las mujeres de bajo riesgo o baja probabilidad de presentar un daño, hasta un máximo, necesario solo para aquellas con alta probabilidad de sufrir problemas vinculados al proceso reproductivo.

Gestantes de bajo riesgo obstétrico:

Es el embarazo habitual, que tiende a ser normal, en una mujer que no tiene factores de riesgo que hagan peligrar la salud de ella, ni de su bebé.

Gestantes de alto riesgo obstétrico

Es aquel en que el riesgo de enfermedad o muerte, antes o después del parto es mayor que lo habitual, tanto para la madre como para el producto de la gestación.²⁴

Esquema de 6 atenciones:

- La primera antes de las 14 semanas
- La segunda entre las 14 y 21 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.²³

Gestante con Atención Prenatal Reenfocada

Son todas aquellas actividades basadas en la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto para lograr el nacimiento de un/a recién nacido/a sano/a, sin deterioro de la salud de la madre. Realizada en todos los establecimientos de salud por profesional calificado: médico general, Gineco-Obstetra u obstetra. Debe iniciarse antes de las catorce semanas de gestación y recibir el paquete básico. Considera, como mínimo 6 atenciones durante el embarazo.

Paquete mínimo, incluye: evaluación integral de la gestante, examen de mamas, detección de proteinuria con ácido sulfosalísílico, exámenes completos de laboratorio (Grupo y Factor Rh, hemoglobina o hematocrito, glucosa, ELISA o prueba rápida para VIH, RPR o prueba rápida para sífilis, urocultivo o sedimento urinario) ecografía, test no estresante, tamizaje de violencia basada en género, plan de Parto.

Paquete ampliado, incluye: toma de muestra de Papanicolaou, segundo examen de ecografía, segundo examen de laboratorio, suplemento de calcio, examen odontológico, vacuna antitetánica, educación para el auto examen de mamas, además considerar directivas específicas para zonas endémicas, Psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal.²²

Consultas en la Atención Prenatal Reenfocada:

Primera consulta:

- Se realiza examen vaginal y toma de muestra para Papanicolaou.
- Solicitar exámenes de laboratorio (hemoglobina, sífilis, VIH, glicemia basal y urocultivo o examen completo de orina).
- Brindar información a la pareja o familiar que acompaña, sobre los cuidados necesarios que debe tener una mujer durante la gestación.
- Elaboración de la Historia Clínica Materno Perinatal.
- Realizar exámenes obstétricos completos.

Atención Prenatal a las 20 semanas:

Evaluar nutricionalmente a cada gestante, utilizando tablas de CLAP (peso, talla, edad gestacional) así, como detectar la anemia y brindar atención oportuna.

- Evaluar edad gestacional.
- Auscultación de latidos fetales y detección de movimiento fetal (desde las 20 ss de EG) ²²

Atención Prenatal a las 28 semanas:

Determinar:

- La situación, posición, presentación fetal y número de fetos
- Control de latidos cardiacos fetales
- Interrogar sobre la presencia de movimientos fetales.

- Realizar prueba de Gantt o rollover test (prueba de rodamiento)
- Solicitar segundo examen de hemoglobina, glucosa, prueba rápida de sífilis y/o RPR, prueba de Elisa o prueba rápida para VIH y urocultivo a partir de las 33 semanas.²²

Atención Prenatal a las 35 semanas:

- Determinar encajamiento fetal
- Pelvimetría interna y valoración feto pélvica, especialmente en primigrávidas y gestantes de talla baja (1.40cm).
- Determinación de la presentación fetal.
- Reevaluación del estado general materno.
- Actualizar exámenes auxiliares.
- Solicitar pruebas de bienestar fetal o test no estresante.²²

Signos y Síntomas de Alarma

- Náuseas y vómitos incoercibles.
- Disuria.
- Fiebre y/o escalofríos.
- Sangrado vaginal.
- Desmayo o mareos.
- Convulsiones.
- Hinchazón de cara, manos y pies.

- Pérdida de líquido amniótico.
- Disminución o ausencia de movimientos fetales.
- Alteraciones psicoafectivas.
- Indicio o evidencia de ser víctima de violencia familiar.
- Complicaciones del embarazo.
- Patología obstétrica o enfermedades intercurrentes.

Inmunizaciones

La inmunización antitetánica adecuada previene el tétanos neonatal y puerperal. **Protegida:** es aquella gestante que en el embarazo actual

- Recibe la segunda dosis de vacuna
- Acredita la aplicación de 3 dosis o más de vacunas.
- Acredita estar en el periodo de protección.²²

Evaluación Nutricional de la gestante

Ganancia de peso materno durante la gestación.

Tiene como objetivo evaluar el estado nutricional durante la gestación para:

- Identificar a las gestantes con déficit nutricional o sobrepeso al inicio de la gestación.
- Detectar a las gestantes con ganancia de peso menor o excesivo para la edad gestacional, en función del estado nutricional previo.
- Permitir orientarlas a conductas adecuadas en cada caso, mejorando su estado nutricional, sus condiciones para el parto y el peso del recién nacido.

Formulación de micronutrientes

Ácido fólico:

Es la administración profiláctica de ácido fólico que se brinda durante el primer trimestre de la gestante hasta las 13 semanas de gestación.

Acido fólico 500 mcg / día.²²

Sulfato ferroso:

Administración profiláctica:

Se da a partir de las 16 semanas de gestación, son 180 tabletas durante el embarazo y 30 en el puerperio.

Calcio:

Es la administración profiláctica de CALCIO que se brinda a la gestante desde las 20 semanas de gestación hasta el término de la gestación.

CALCIO 2000 mg/día.²²

Contenidos educativos en la atención prenatal

Los siguientes aspectos son relevantes como complemento de las anteriores actividades:

- Fomentar la integración a la consulta del padre o familia (no solo el acompañamiento a la consulta, sino durante el momento del parto y del puerperio).
- Incrementar los factores protectores para la salud de la gestante, tales como medidas higiénicas, guía nutricional, fomento de la actividad física, sexualidad, prevención de infecciones vaginales, sueño, vestuario, apoyo afectivo, control prenatal, vacunación y la atención institucional del parto.

- Fortalecer los vínculos afectivos, la autoestima y el autocuidado como factores protectores.
- Prevenir la automedicación y el consumo de tabaco, alcohol durante la gestación. La gestante fumadora debe ser informada sobre los riesgos del cigarrillo en el embarazo (parto pretérmino, bajo peso al nacer) y la importancia de suspender su consumo o disminuir al mínimo su empleo.
- Orientar sobre los signos de alarma por los que debe consultar oportunamente, tales como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales y auditivos, epigastalgia, edemas, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, leucorrea, o sintomatología urinaria.
- Brindar un espacio de tiempo para resolver inquietudes e interrogantes de la gestante.
- Recomendar sitios para su atención durante las 24 horas del día o de solicitud de información en situaciones de urgencia.
- Se debe entregar material impreso con información básica a la gestante y su familia sobre los conceptos arriba señalados.²⁶

Funciones Obstétricas y Neonatales (FON)

Son las actividades que están relacionadas con la identificación, atención, seguimiento y cuidado en el proceso de la gestación, parto, puerperio y recién nacido, de acuerdo al nivel de complejidad de los establecimientos de salud.

El Ministerio de Salud consideró como eje fundamental de las intervenciones para reducir la mortalidad materna y perinatal en el país, el acceso de mujeres a establecimientos de salud configurados dentro de una red de atención que cuenten con capacidad resolutive para enfrentarlos problemas críticos como las emergencias obstétricas y neonatales.

La Dirección General de salud de las Personas a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, puso a disposición de los establecimientos de salud, la Directiva para la evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales, donde se establece 4 funciones específicas como son:

Función Obstétrica y Neonatal Primaria (FONP)

Función Obstétrica y Neonatal Básica (FONB)

Función Obstétrica y Neonatal Esencial (FONE)

Función Obstétrica y Neonatal Intensivas (FONI) ²⁷

Función Obstétrica y Neonatal Primaria (FONP)

Comprende las actividades en el área materna, perinatal y planificación familiar que no pueden dejar de realizar aquellos establecimientos que cuentan con personal técnico de salud y, pueden o no contar con profesionales de la salud. Dichos establecimientos de salud, generalmente brindan atención de 12 horas y eventualmente de 24 horas, no cuentan con sala de partos, laboratorio, área para la atención inmediata del recién nacido y tampoco con hospitalización. (Mayormente Puestos de Salud).

Esas actividades son las siguientes:

Atención prenatal reenfocada

Parto inminente y atención básica del recién nacido

Identificación y referencia oportuna de gestantes, puérperas y recién nacidos complicados

Emergencias obstétricas o neonatales (Derivar)

Planificación Familiar

Función Obstétrica y Neonatal Básica (FONB)

Comprende las actividades en el área materna y perinatal que no pueden dejar de realizar los establecimientos de salud que cuentan con personal profesional médico; obstetra y enfermera. Dichos establecimientos de salud, generalmente brindan atención de 24 horas y cuentan con sala de partos, laboratorio, área para la atención inmediata del recién nacido y hospitalización; no cuentan con centro quirúrgico. (Mayormente Centros de Salud).

Esas actividades son las siguientes:

Atención prenatal reenfocada y planificación familiar

Parto eutócico y atención básica del recién nacido normal

Trabajo de parto distócico o complicado (Derivar)

Recién nacido con complicaciones (Derivar)

Retención de placenta no complicada

Hipertensión leve inducida por el embarazo

Hipertensión severa inducida por el embarazo (Derivar)

Hemorragia leve.

Hemorragia severa y shock hipovolémico (Derivar)

Sepsis Materna o Neonatal (Derivar)

Aborto incompleto (Derivar)

Desgarro vaginal grado I y grado II

Desgarro vaginal grado III y grado IV (Derivar) ²⁷

Función Obstétrica y Neonatal Esencial (FONE)

Comprende las actividades en el área materna y perinatal que no pueden dejar de realizar los establecimientos de salud que cuentan con personal profesional especializado en gineco-obstetricia, pediatría, cirugía, anestesiología, internista y otras especialidades como enfermería neonatal. Dichos establecimientos de

salud brindan atención especializada las 24 horas y cuentan con sala de partos, área para la atención inmediata del recién nacido, hospitalización, laboratorio y centro quirúrgico (Hospitales).

Esas actividades son las siguientes:

Atención prenatal reenfocada

Parto distócico o complicado - Recién nacido con complicaciones

Extracción manual de placenta, complicada

Aborto incompleto

Hipertensión inducida por el embarazo moderada-severa y eclampsia

Hemorragia severa y shock hipovolémico

Sepsis materna y neonatal

Desgarro vaginal grado III y grado IV

Cesárea. Laparotomía. - Histerectomía abdominal

Patología quirúrgica neonatal no complicada

Anticoncepción post-parto, post aborto (orientación/consejería y provisión de todos los métodos, incluida la anticoncepción quirúrgica voluntaria).²⁷

Función Obstétrica y Neonatal Intensivas (FONI)

Comprende las actividades en el área materna y perinatal que no pueden dejar de realizar los establecimientos de salud que cuentan con personal profesional especializado en gineco-obstetricia, pediatría, cirugía, anestesiología, internista, intensivista y otras especialidades así como enfermería neonatal. Dichos establecimientos de salud brindan atención especializada las 24 horas y cuentan con sala de partos, área para la atención inmediata del recién nacido, hospitalización, centro quirúrgico y tienen implementada una Unidad de Cuidados Intensivos.

Esas actividades son las siguientes:

Atención prenatal reenfocada intensiva (APRI)

Parto de gestantes con APRI - Recién nacido complicado que requiere UCI

Aborto incompleto complicado requiere UCI

Hipertensión inducida por el embarazo, síndrome de HELLP que se atiende en UCI

Hemorragia severa y shock hipovolémico que se atiende en UCI

Sepsis que se atiende en UCI

Cesárea de gestantes con APRI. Laparotomía complicada. Histerectomía abdominal complicada

Patología quirúrgica neonatal complicada que requiere UCI

Anticoncepción post-parto, post aborto (orientación/consejería y provisión de todos los métodos, incluida la anticoncepción quirúrgica voluntaria, según la condición de la paciente).²⁷

Factores institucionales que influyen en la inasistencia a la Atención Prenatal

1.-Calidad de Atención prenatal brindada por el Gineco-Obstetra

Funciones, características o comportamientos de un servicio prestado por parte del profesional que atiende la atención y que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los pacientes.

La atención en salud puede representar para el usuario la consecuente satisfacción con el servicio. Ésta a su vez, depende en gran medida de la interacción con el personal de salud.²⁸

Trato.- El trato depende mucho de la disposición del profesional que brinda la atención, la confianza y la empatía están ligadas a las posibilidades de intercambio de mensajes y el aspecto afectivo que el personal de salud establece con la paciente. Las pacientes sienten más confianza cuando tienen la libertad de hacer preguntas sobre las explicaciones que ha dado el personal de salud o cuando se le responde con facilidad y buen trato a sus requerimientos de información.

Recibir Información.- Las pacientes se sienten satisfechas al recibir explicaciones o información detallada sobre el estado de su salud, así como con relación al diagnóstico, los exámenes, el tratamiento, etc.

Escucha inquietudes.- El profesional de salud tiene que motivar al paciente a la pregunta para que el paciente no se retire con dudas de la atención prenatal.²⁹

Resuelve dudas.- La escasa información sobre la atención prenatal o la falta de claridad a la hora de la consulta, hacen que la paciente tenga dudas, las cuales se tienen que descubrir preguntando lo explicado y así resolverlas.³⁰

Tiempo de espera para ser atendido.- Estudios realizados en centros de salud demuestran que ante un menor tiempo de espera aumenta la percepción de satisfacción por parte de los pacientes, sin embargo se debe esperar de acuerdo al tiempo que dura cada consulta.³¹

Tiempo que dura la atención prenatal.- El tiempo que el profesional de la salud estará cara a cara con el paciente resulta vital para garantizar la calidad de atención médica. Un turno demasiado corto ha sido descrito, entre otras cosas, como uno de los factores que impide la realización de una buena promoción de la salud. La importancia de la promoción de la salud ha sido enfatizada a nivel internacional desde la OMS y esto incluye todos los aspectos relacionados con aquellas actividades que buscan mejorar el nivel de salud de los individuos y de la comunidad. Discutir estilos de vida y

solicitar estudios complementarios es lo que más hace un clínico en sus consultas de rutina, fundamentalmente en consultas de primera vez.³²

2.-Accesibilidad al Hospital

Según la Organización Panamericana de la Salud la accesibilidad se refiere a la facilidad de como los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de forma equitativa por la población, en relación con barreras de toda índole. Si bien la dimensión geográfica o espacial, es decir, las distancias que separan a la población de los servicios puede ser considerada la principal restricción, en nuestro espacio o territorio, la dimensión temporal o el tiempo de desplazamiento y la dimensión económica o costos del transporte público también son restricciones muy importantes que definen, en muchas ocasiones, el estado sanitario de la población.

Tiempo que tardan en llegar de la vivienda al Hospital.- La distancia entre la población y los servicios de salud muchas veces puede ser grande y es por eso que la gente acude sólo cuando se sienten enfermos.³³

3.-Disponibilidad del Servicio de Gineco-Obstetricia para la atención prenatal

Recursos humanos disponibles (Médicos, Obstetras, Técnicas).- Los recursos humanos en salud incluyen a todos los profesionales y trabajadores del sector y también a los residentes, que son contratados por el periodo que dura su formación, así como los profesionales que están haciendo el Servicio Rural Urbano Marginal (SERUM), que dura un año.

Ambiente adecuado.- El ambiente donde se realiza la atención debe comprender aspectos visuales como son la limpieza, la decoración del servicio, el uniforme del personal de salud y otro de carácter psicológico directamente comprometidos con el respeto a la persona que son la privacidad del ambiente de manera tal que no viola la intimidad y la no presencia de gente ajena en la consulta.³⁴

Proceso de obtención de citas.- Las citas deben ser asignadas en el día y hora que tenga disponible la gestante para su atención.

Citas de atención prenatal.- Una de las características de la atención prenatal, es que debe de ser periódico, para ello luego de la consulta realizada, se tiene que indicar, cuándo será la próxima consulta o cita de seguimiento, ya que así siempre la gestante tendrá sus citas disponibles.¹⁴

Medicamentos disponibles.- Debe haber medicamentos en los establecimientos de salud que satisfagan las necesidades prioritarias de salud en las gestantes.

Exámenes de laboratorio disponibles.- Se consideran a los exámenes básicos más frecuentes de laboratorio que sirven para detectar la función de los órganos, ya que conjuntamente con la historia clínica y el examen físico aportan una valiosa información sobre el estado del paciente.³⁵

Ecografías disponibles.- Este servicio tiene por objetivo ser un auxiliar en el diagnóstico de ciertas enfermedades ya sea en la madre o en el feto, permitiendo elaborar estrategias previas de tratamiento; es por eso que las ecografías no deben faltar en los establecimientos de salud.

Consultorios disponibles.- Es el ambiente donde se atiende a pacientes adultos, niños o a la mujer en caso de embarazo. Este consultorio debe tener una absoluta privacidad y estará provisto de un baño.³⁶

2.3. Definición de Términos Básicos

1. Accesibilidad al hospital:

Facilidad que tienen los usuarios de acceder a los servicios de salud que estén disponibles en un hospital.

2. Atención Prenatal Reenfocada:

Es el conjunto de actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento planificadas con el fin de lograr una adecuada gestación, que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones sin secuelas físicas o síquicas para la madre o el recién nacido.

3. Calidad de la Atención Prenatal:

Funciones, características o comportamientos de un servicio prestado por parte del profesional que atiende la atención y que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los pacientes.

4. Disponibilidad del Servicio:

Posibilidad de usar libremente un servicio que está listo o preparado con algún propósito.

5. Factores:

Elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. Un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios.

6. Factores Institucionales:

Características estructurales y funcionales que difieren en cada institución, y su grado de influencia confiere a la inasistencia a la atención prenatal.

7. Inasistencia a la atención prenatal:

No asistencia de las gestantes a los establecimientos de salud para sus atenciones prenatales, las cuales se consideran menos de 6 según el Ministerio de Salud.

8. Puérpera:

Mujer que se encuentra en el período desde el nacimiento del niño y el alumbramiento placentario hasta que el aparato genital recupere las características normales (42 días).

9. Trato:

Relación de una persona con otra o con otras ; el trato depende mucho de la disposición del profesional que brinda la atención, la confianza y la empatía están ligadas al intercambio de mensajes y el aspecto afectivo que el personal de salud establece con la paciente, como es la amabilidad, cortesía, y respeto.

10. Tiempo de Espera:

Tiempo que transcurre desde que la paciente anterior ingresa a la consulta hasta que sale, y está relacionado con el tiempo que dura la atención prenatal que es como mínimo 15 minutos.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

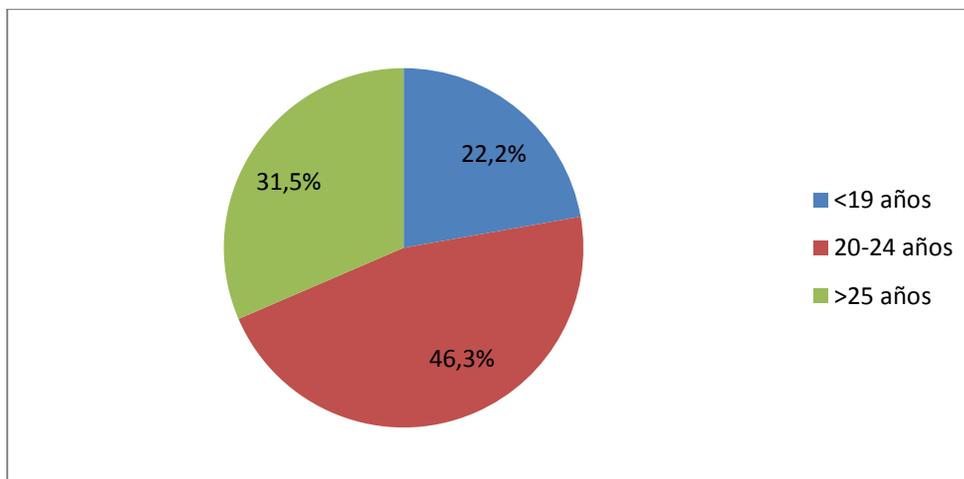
DATOS PERSONALES

EDAD

Cuadro Nº 1

Edad	Frecuencia	%
<19 años	12	22,2
20-24 años	25	46,3
>25 años	17	31,5
TOTAL	54	100

Gráfico Nº 1



Interpretación:

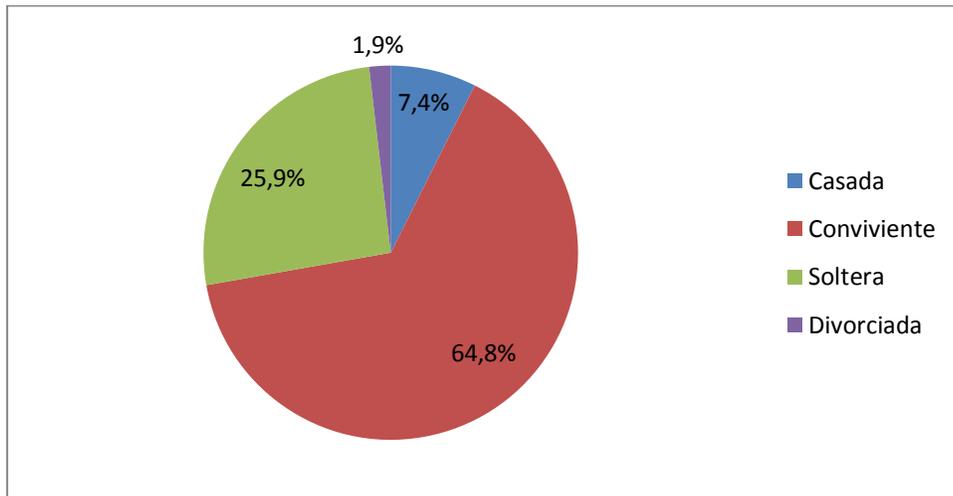
Del total de puerperas entrevistadas el 46,3%(25) tienen de 20-24 años, un 31,5%(17) >25 años y el 22,2%(12) <19 años.

ESTADO CIVIL

Cuadro Nº 2

Estado civil	Frecuencia	%
Casada	4	7,4
Conviviente	35	64,8
Soltera	14	25,9
Divorciada	1	1,9
TOTAL	54	100

Gráfico Nº 2



Interpretación:

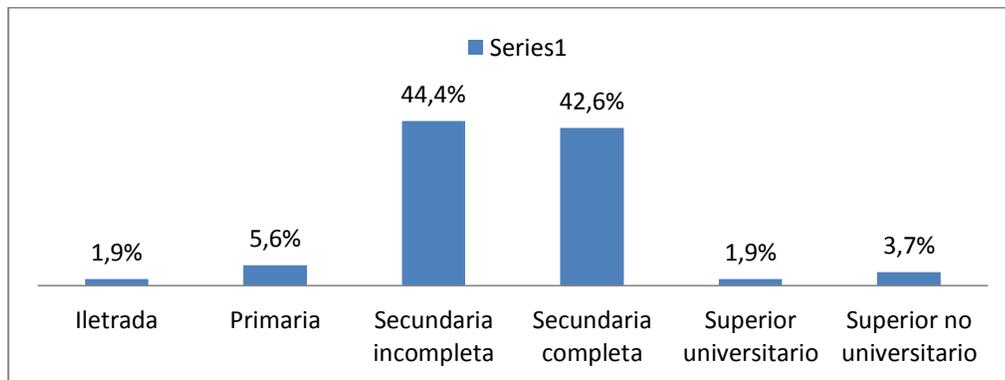
Se encontró un 64,8%(35) son convivientes, el 25,9%(14) solteras, el 7,4%(4) casadas y el 1,9%(1) divorciadas

GRADO DE INSTRUCCIÓN

Cuadro Nº 3

Grado de instrucción	Frecuencia	%
Iletrada	1	1,9
Primaria	3	5,6
Secundaria incompleta	24	44,4
Secundaria completa	23	42,6
Superior universitario	1	1,9
Superior no universitario	2	3,7
TOTAL	54	100

Gráfico Nº 3



Interpretación:

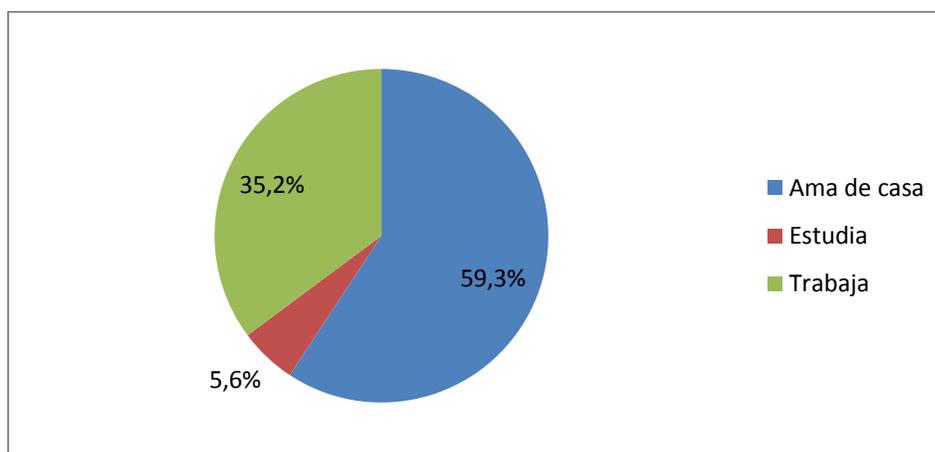
Se encontró un 42,6%(23) de púerperas que terminaron la secundaria, un 44,4%(24) que llevaron algunos grados de secundaria sin culminarlo, el 5,6%(3) primaria completa, el 3,7%(2) estudios superiores no universitarios, mientras que el 1,9%(1) estudios superiores universitarios y el 1,9%(1) iletradas.

OCUPACIÓN

Cuadro N° 4

Ocupación	Frecuencia	%
Ama de casa	32	59,3
Estudiante	3	5,6
Trabaja	19	35,2
TOTAL	54	100

Gráfico N° 4



Interpretación:

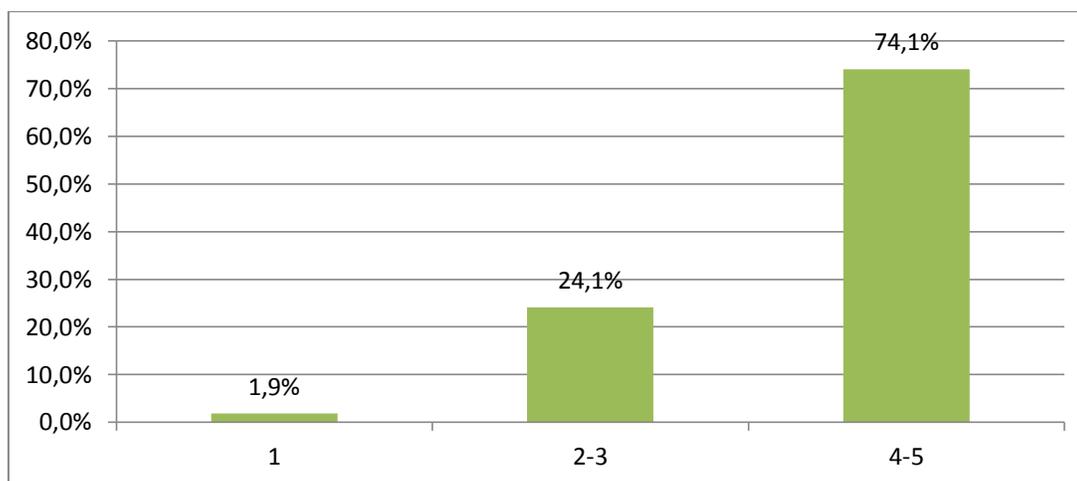
Se encontró un 59,3%(32) ama de casa, un 35,2%(19) trabajan y el 5,6%(3) estudian.

NÚMERO DE ATENCIONES PRENATALES

Cuadro Nº 5

Número de atenciones prenatales	Frecuencia	%
1	1	1,9
2-3	13	24,1
4-5	40	74,1
TOTAL	54	100

Gráfico Nº 5



Interpretación:

De acuerdo al número de atenciones prenatales se encontró un 74,1%(40) tuvieron 4-5 atenciones prenatales, el 24,1%(13) tuvieron 2-3 atenciones prenatales el 1,9%(1) tuvieron una atención prenatal.

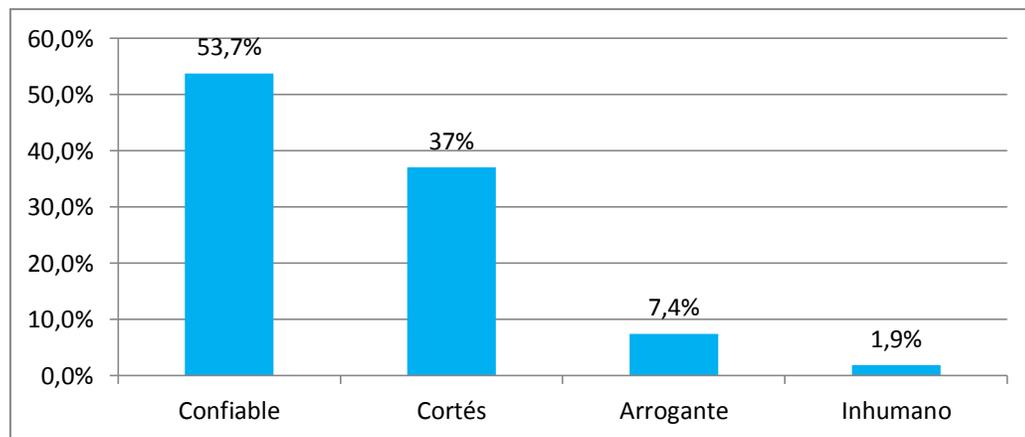
CALIDAD DE ATENCIÓN PRENATAL BRINDADA POR EL GINECO-OBSTETRA

¿CÓMO CONSIDERA EL TRATO DEL GINECO-OBSTETRA?

Cuadro Nº 6

¿Cómo considera el trato del Gineco-Obstetra?	Frecuencia	%
Confiable	29	53,7
Cortés	20	37
Arrogante	4	7,4
Inhumano	1	1,9
Total	54	100

Gráfico Nº 6



Interpretación:

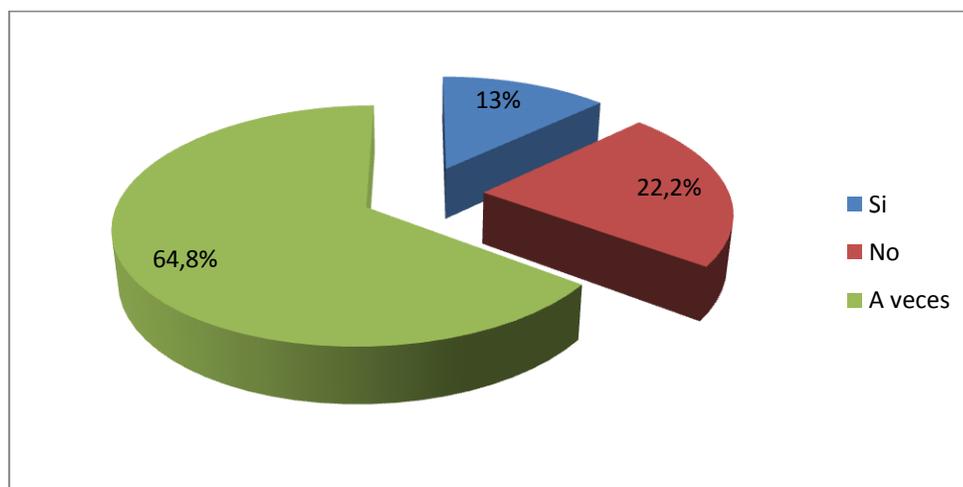
Según el trato por parte del Gineco-Obstetra se encontró un 53,7%(29) trato confiable, 37%(20) trato cortés, mientras que un 7,4%(4) trato arrogante y 1,9%(1) un trato inhumano.

¿EL GINECO-OBSTETRA LA SALUDA AL INGRESAR AL CONSULTORIO?

Cuadro Nº 7

¿El médico la saluda al ingresar al consultorio?	Frecuencia	%
Si	7	13
No	12	22,2
A veces	35	64,8
TOTAL	54	100

Gráfico Nº 7



Interpretación:

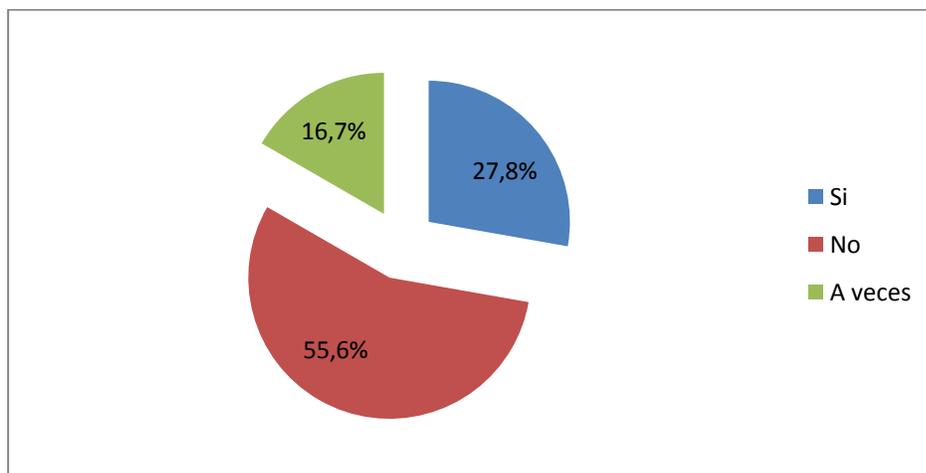
Se encontró el 64,8%(35) de puerperas que afirmaron haber recibido alguna vez el saludo al ingresar de parte del Gineco-Obstetra, un 22,2%(12) señaló no haber recibido nunca un saludo sin embargo hubo un 13%(7) afirmaron que si eran saludadas por los Gineco-Obstetras.

¿EL GINECO-OBSTETRA LA LLAMA POR SU NOMBRE ANTEPONIENDO SEÑORA?

Cuadro Nº 8

¿El Gineco-Obstetra la llama por su nombre anteponiendo señora?	Frecuencia	%
Si	15	27,8
No	30	55,6
A veces	9	16,7
TOTAL	54	100

Gráfico Nº 8



Interpretación:

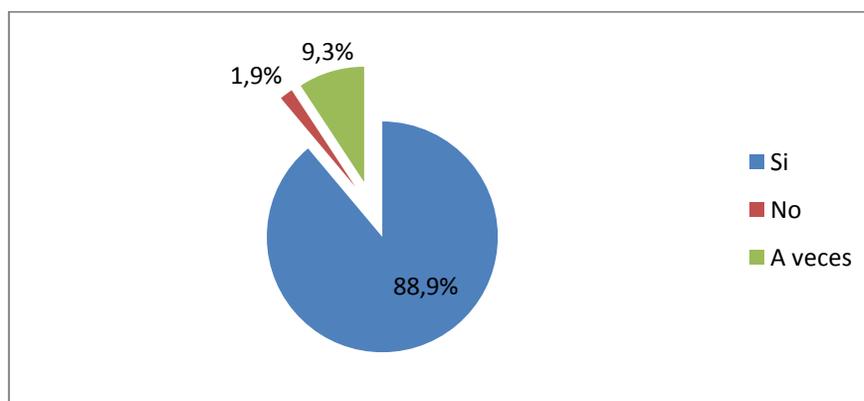
Se encontró un 55,6%(30) las puérperas no son llamadas por su nombre anteponiendo señora, un 27,8%(15) afirman ser llamadas por su nombre, mientras que el 16,7%(9) afirman haber sido llamadas alguna vez por su nombre.

¿EL GINECO-OBSTETRA PREGUNTA SOBRE EL ESTADO DE SALUD EN QUE UD. SE ENCUENTRA?

Cuadro Nº 9

¿El Gineco-Obstetra pregunta sobre el estado de salud en que Ud. se encuentra?	Frecuencia	%
Si	48	88,9
No	1	1,9
A veces	5	9,3
TOTAL	54	100

Gráfico Nº 9



Interpretación:

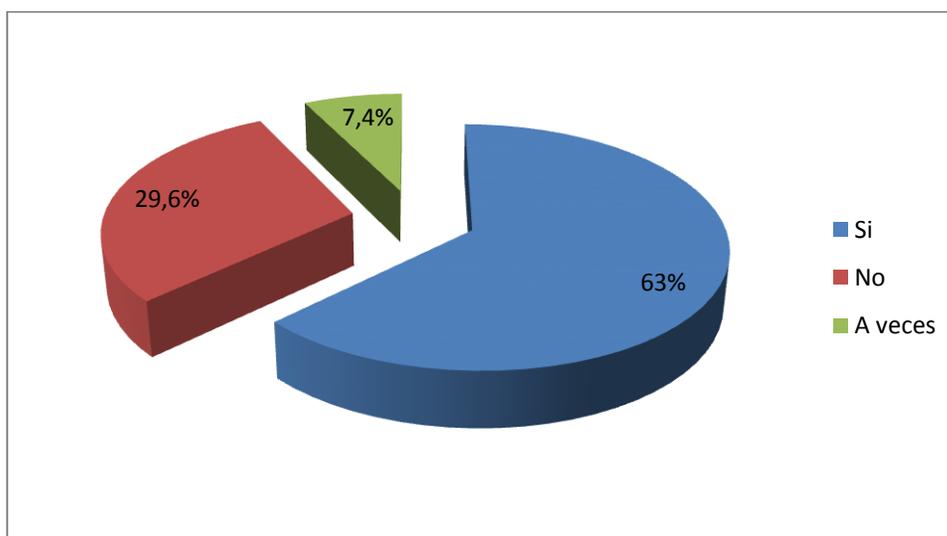
Se encontró un 88,9%(48) que afirmaron que el personal de salud si pregunta por el estado de salud, un 9,3%(5) afirman que han sido preguntadas alguna vez sobre su estado de salud mientras que un 1,9%(1) negó haber sido preguntada.

¿RECIBE INFORMACIÓN DEL GINECO-OBSTERA SOBRE SU SITUACIÓN DE SALUD?

Cuadro N° 10

¿Recibe información del Gineco-Obstetra sobre su situación de salud?	Frecuencia	%
Si	34	63
No	16	39,6
A veces	4	7,4
TOTAL	54	100

Gráfico N° 10



Interpretación:

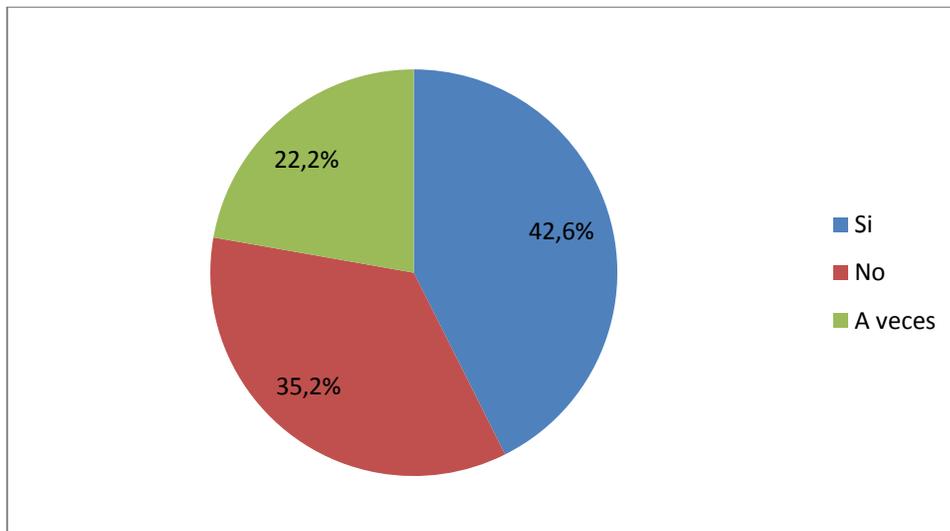
Se encontró un 63%(34) si reciben información sobre su situación de salud, un 39,6%(16) niega haber recibido información, mientras que el 7,4%(4) afirmaron haber recibido alguna vez información.

¿EL GINECO-OBSTETRA ESCUCHA SUS INQUIETUDES?

Cuadro N° 11

¿El Gineco-Obstetra escucha inquietudes?	Frecuencia	%
Si	23	42,6
No	19	35,2
A veces	12	22,2
TOTAL	54	100

Gráfico N° 11



Interpretación:

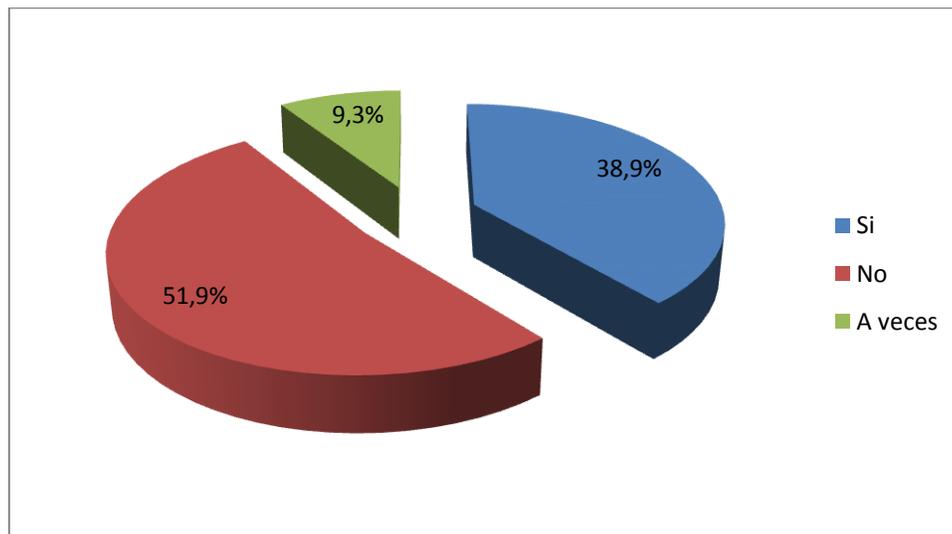
Se encontró un 42,6%(23) si escucha las inquietudes, un 35,2%(19) que niega que hayan escuchado sus inquietudes, mientras que el 22,2%(12) afirma que alguna vez escucharon sus inquietudes.

¿EL GINECO-OBSTETRA RESUELVE SUS DUDAS?

Cuadro N° 12

¿El Gineco-Obstetra resuelve sus dudas?	Frecuencia	%
Si	21	38,9
No	28	51,9
A veces	15	9,3
TOTAL	54	100

Gráfico N° 12



Interpretación:

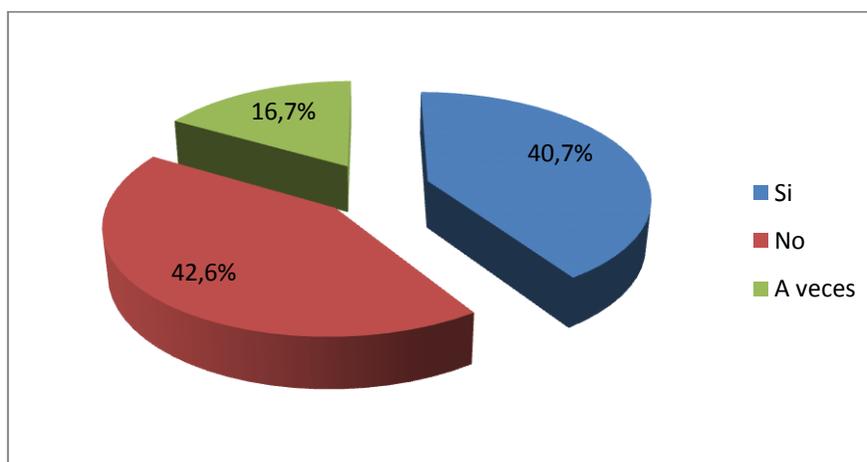
Se encontró el 51,9%(28) refirió que el personal de salud no resuelve las dudas que tiene, por el contrario el 38,9%(21) refirió que sí y el 9,3%(15) afirmó que alguna vez resolvieron las dudas que tenía.

¿EL GINECO-OBSTETRA LE PRESTA ATENCIÓN O INTERÉS DURANTE LA CONSULTA?

Cuadro N° 13

¿El Gineco-Obstetra presta atención o interés durante la consulta?	Frecuencia	%
Si	22	40,7
No	23	42,6
A veces	9	16,7
TOTAL	54	100

Gráfico N° 13



Interpretación:

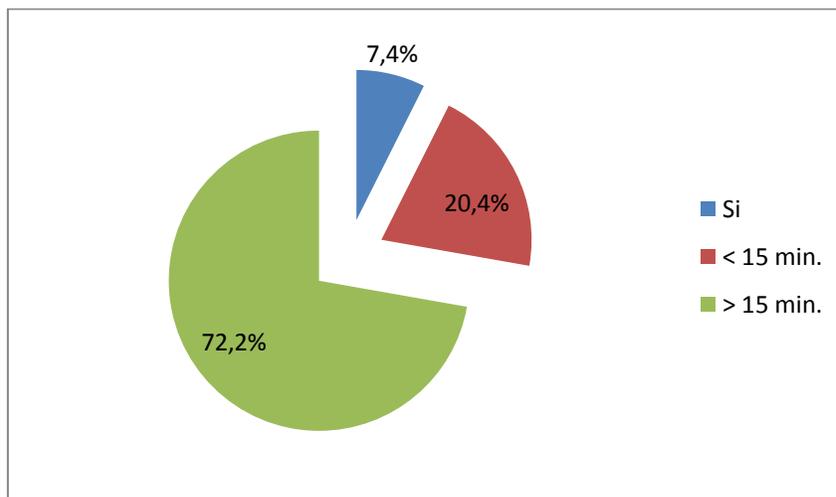
Se encontró que el 42,6%(23) refiere que el personal de salud no muestra interés a la conversación sostenida, seguido del 40,7%(22) que afirman que si muestran interés, mientras que el 16,7%(9) refirió que alguna vez mostraron interés.

¿EL TIEMPO DE ESPERA PARA SER ATENDIDO EN LA ATENCIÓN PRENATAL ES DE 15 MIN.?

Cuadro N° 14

¿El tiempo de espera para la atención prenatal es de 15 min.?	Frecuencia	%
Si	4	7,4
< 15 min.	11	20,4
> 15 min.	39	72,2
TOTAL	54	100

Gráfico N° 14



Interpretación:

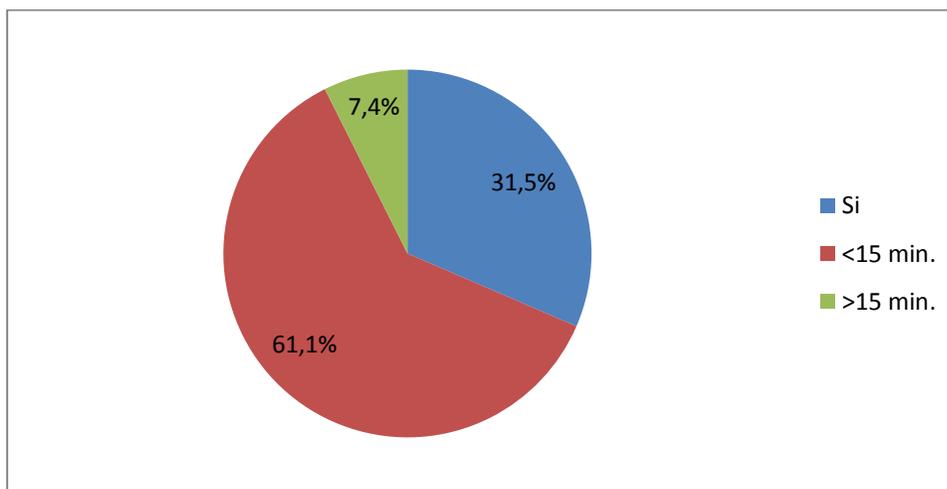
Del total de puérperas entrevistadas el 72,2%(39) consideraron un tiempo >15 minutos, 20,4%(11) corresponde a aquellas que consideraron un tiempo <15 minutos y 7,4%(4) afirmaron que las atenciones prenatales duraron 15 minutos.

¿EL TIEMPO QUE DURA LA ATENCIÓN PRENATAL ES DE 15 MINUTOS?

Cuadro N° 15

El tiempo que dura la atención prenatal es de 15 min.	Frecuencia	%
Si	17	31,5
<15 min.	33	61,1
>15 min.	4	7,4
TOTAL	54	100

Gráfico N° 15



Interpretación:

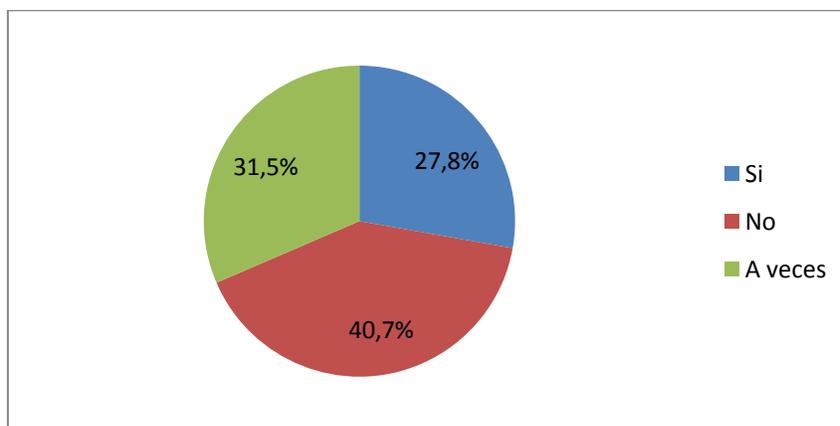
Se encontró un 61,1%(33) la atención prenatal duraba menos de 15 minutos, en un 31,5%(17) duraba 15 minutos y el 7,4%(4) duraba más de 15 minutos.

¿EL GINECO-OBSTETRA SE DESPIDE DE UD. AL CULMINAR LA ATENCIÓN?

Cuadro N° 16

El Gineco-Obstetra se despide de Ud. al culminar la atención	Frecuencia	%
Si	15	27,8
No	22	40,7
A veces	17	31,5
TOTAL	54	100

Gráfico N° 16



Interpretación:

Del total de las entrevistadas, el 40,7%(22) refirió que el personal de salud no se despide al culminar la atención, el 31,5%(17) afirmaron que se despiden, mientras el 27,8%(15) afirmaron que alguna vez el personal de salud se despidió.

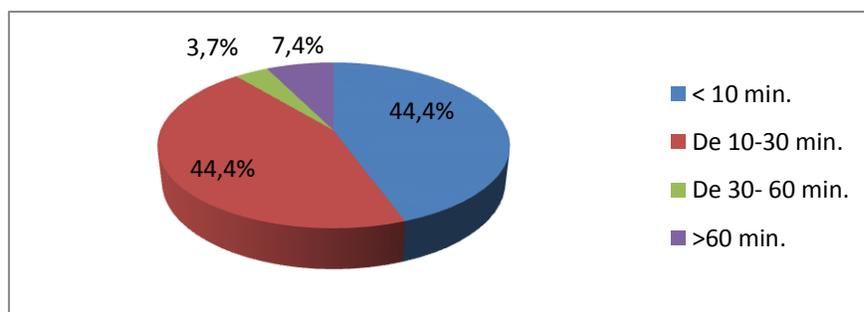
ACCESIBILIDAD AL HOSPITAL

¿CUÁL ES EL TIEMPO QUE TARDA EN LLEGAR DESDE SU VIVIENDA AL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA?

Cuadro N° 17

¿Cuál es el tiempo que tarda en llegar desde su vivienda al Hospital María Auxiliadora?	Frecuencia	%
< 10 min.	24	44,4
De 10-30 min.	24	44,4
De 30- 60 min.	2	3,7
>60 min.	4	7,4
TOTAL	54	100

Gráfico N° 17



Interpretación:

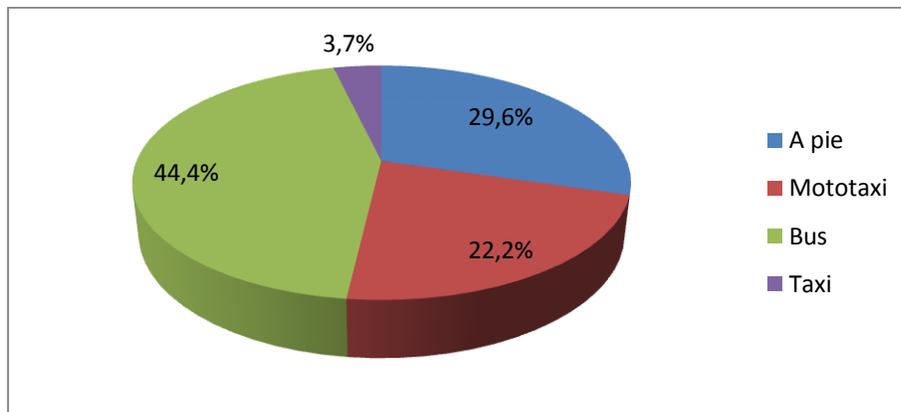
Se encontró un 44,4%(24) viven cerca, a menos de 10 minutos, con un porcentaje igual está las puérperas que viven entre 10-30 minutos, el 7,4%(4) refirió vivir a más de 60 minutos y el 3,7%(2) corresponde a puérperas que viven entre 30-60 minutos de lejanía con respecto al hospital María Auxiliadora.

**¿QUÉ MEDIO DE TRANSPORTE UTILIZA PARA LLEGAR AL HOSPITAL MARÍA
AUXILIADORA?**

Cuadro N° 18

¿Qué medio de transporte que utiliza para llegar al HMA?	Frecuencia	%
A pie	16	29,6
Moto taxi	12	22,2
Bus	24	44,4
Taxi	2	3,7
TOTAL	54	100

Gráfico N° 18



Interpretación:

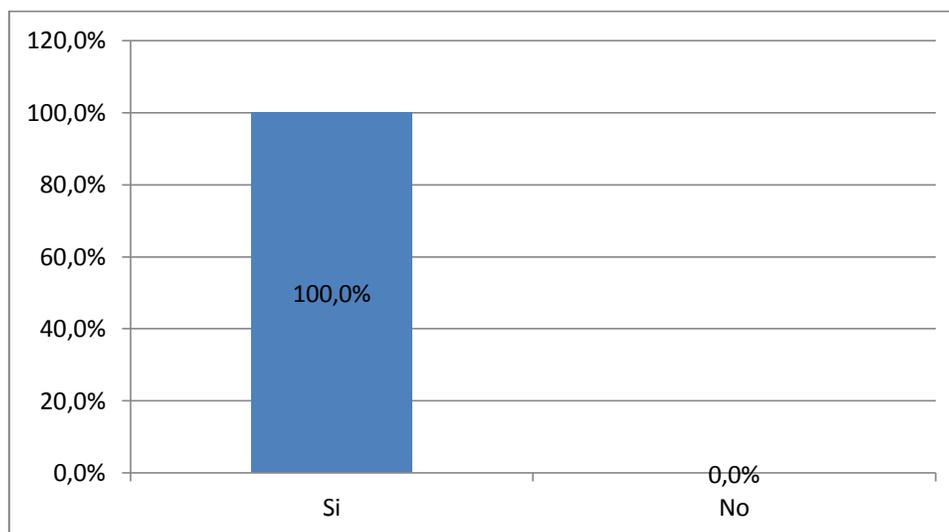
Del total de entrevistadas un 44,4%(24) utilizan bus, el 29,6%(16) pueden irse a pie, el 22,2%(12) utilizaron las moto taxi y el 3,7%(2) utilizaron el servicio de taxi para acudir al hospital María Auxiliadora.

¿EXISTEN PISTAS PARA ACCEDER AL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA?

Cuadro N° 19

¿Existen pistas para acceder al HMA?	Frecuencia	%
Si	54	100
No	0	0
TOTAL	54	100

Gráfico N° 19



Interpretación:

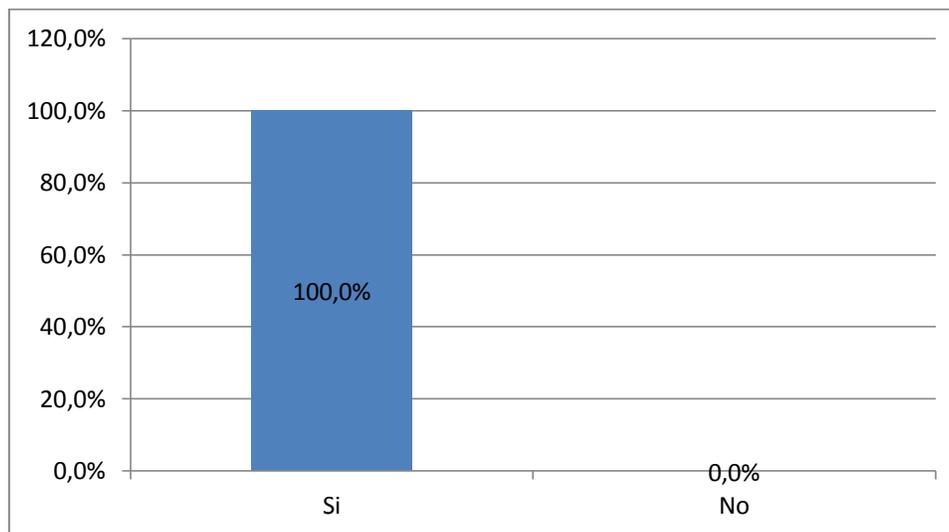
En cuanto a la existencia de pistas para acceder al hospital, el 100%(54) de las encuestadas afirmaron que si existían.

¿EXISTEN VEREDAS PARA ACCEDER AL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA?

Cuadro N° 20

¿Existen veredas para acceder al HMA?	Frecuencia	%
Si	54	100
No	0	0
TOTAL	54	100

Gráfico N° 20



Interpretación:

En cuanto a la existencia de veredas para acceder al hospital, el 100%(54) de las encuestadas afirmaron que si existían.

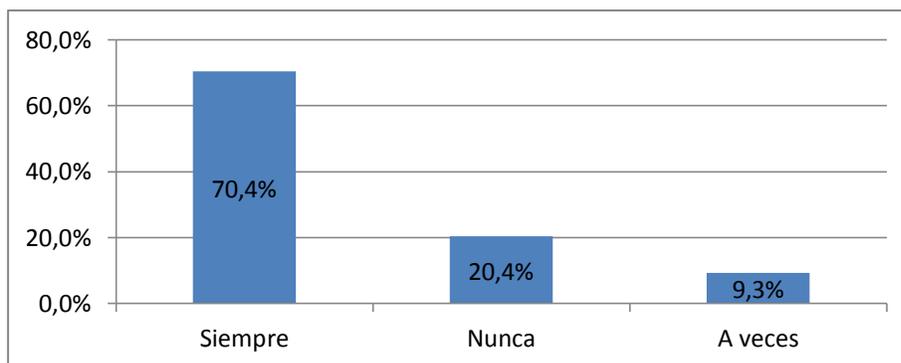
DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA PARA LA ATENCIÓN PRENATAL

¿CUÁNDO ACUDÍA A SUS CITAS HABÍAN GINECO-OBSTETRAS PARA SU ATENCIÓN PRENATAL?

Cuadro N° 21

¿Cuándo acudía a sus citas habían Gineco-Obstetras para su atención prenatal?	Frecuencia	%
Siempre	38	70,4
Nunca	11	20,4
A veces	5	9,3
Total	54	100

Gráfico N° 21



Interpretación:

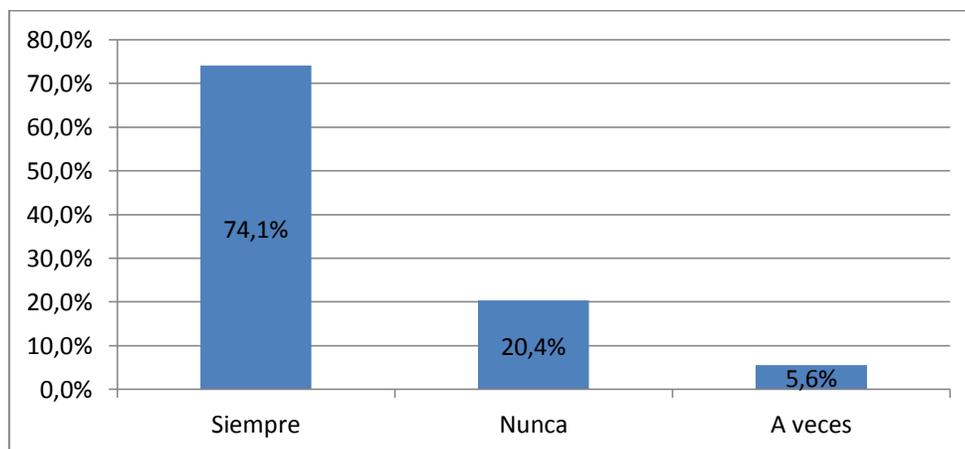
Del total de entrevistadas el 70,4%(38) afirmaron que siempre hay Gineco-Obstetras para sus atenciones prenatales, el 20,4%(11) refirió que nunca hay Gineco-Obstetras disponibles, por lo cual no les dan las citas cuando les corresponde y el 9,3%(5) afirmaron que algunas veces hay Gineco-Obstetras.

¿CUANDO ACUDÍA A SUS CITAS HABIAN TÉCNICAS DE ENFERMERÍA EN SU ATENCION PRENATAL?

Cuadro N° 22

¿Cuando acudía a sus citas había técnicas de enfermería en su atención prenatal?	Frecuencia	%
Siempre	40	74,1
Nunca	11	20,4
A veces	3	5,6
Total	122	100

Gráfico N° 22



Interpretación:

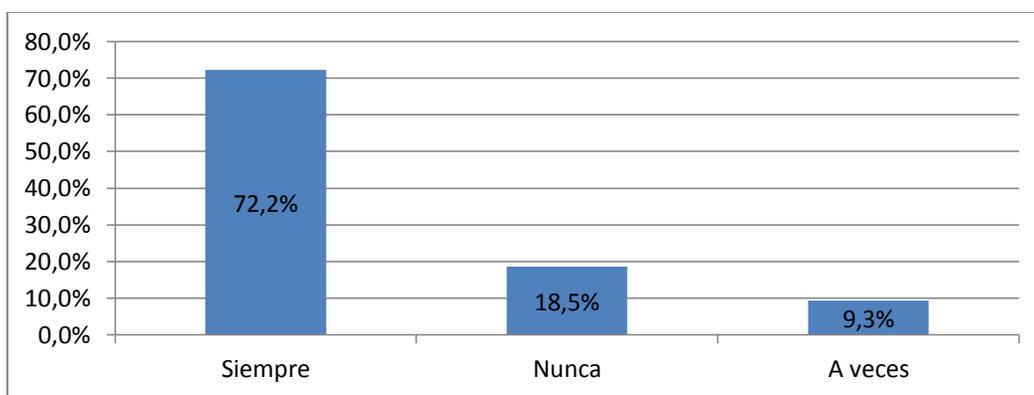
Del total de entrevistadas el 74,1%(40) afirmaron que siempre hay técnicas de enfermería para las atenciones, por el contrario el 20,4%(11) refirió que nunca hay técnicas de enfermería, mientras que el 5,6%(3) afirmaron que algunas veces hay técnicas en las atenciones prenatales.

¿EL AMBIENTE DEL CONSULTORIO CUENTA CON LIMPIEZA, DECORACIÓN Y PRIVACIDAD?

Cuadro N° 23

¿El ambiente del consultorio cuenta con limpieza, decoración y privacidad?	Frecuencia	%
Siempre	39	72,2
Nunca	10	18,5
A veces	5	9,3
Total	54	100

Gráfico N° 23



Interpretación:

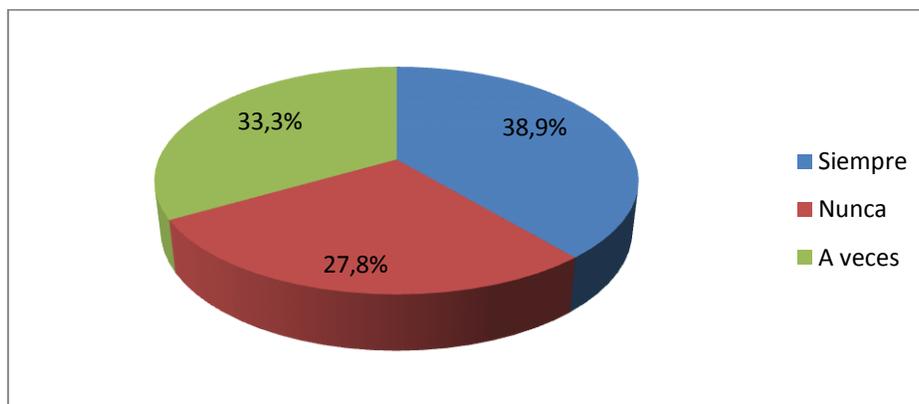
Se encontró el 72,2%(39) afirmó que los consultorios tenían limpieza, decoración y privacidad, el 18,5%(10) refirió que nunca había limpieza, decoración ni mucho menos privacidad por el gran número de estudiantes de ciencias de la salud que se encontraban dentro del consultorio, el 9,3%(5) refirió que algunas veces contaban con limpieza, decoración y privacidad.

¿CUÁNDO ACUDÍA AL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA ENCONTRABA CITAS PARA SU ATENCIÓN PRENATAL?

Cuadro N° 24

¿Cuándo acudía al Hospital María Auxiliadora encontraba citas para su atención prenatal	Frecuencia	%
Siempre	21	38,9
Nunca	15	27,8
A veces	18	33,3
Total	54	100

Gráfico N° 24



Interpretación:

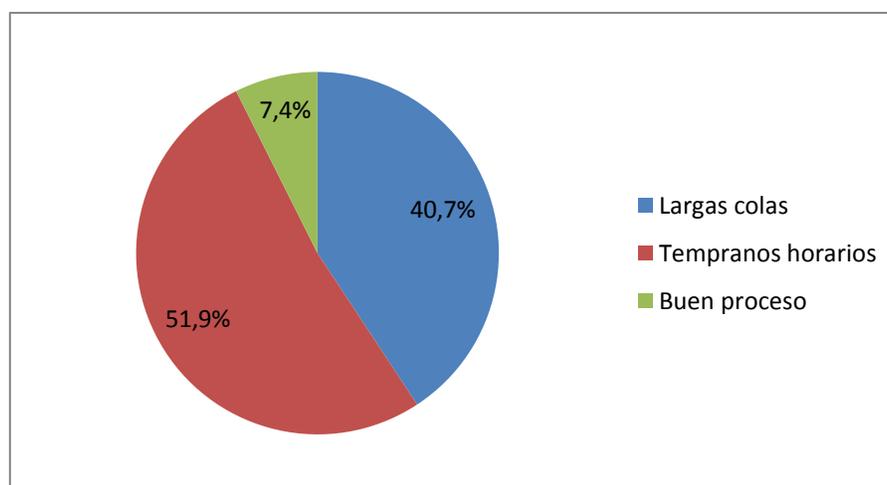
Se encontró un 38,9%(21) siempre habían citas disponibles, el 33,3%(18) algunas veces hubieron citas disponibles y el 27,8%(15) negaron que hubieran citas disponibles.

¿CÓMO CONSIDERA EL PROCESO DE OBTENCIÓN DE CITAS?

Cuadro N° 25

¿Cómo considera el proceso de obtención citas?	Frecuencia	%
Largas colas	22	40,7
Tempranos horarios	28	51,9
Buen proceso	4	7,4
Total	54	100

Gráfico N° 25



Interpretación:

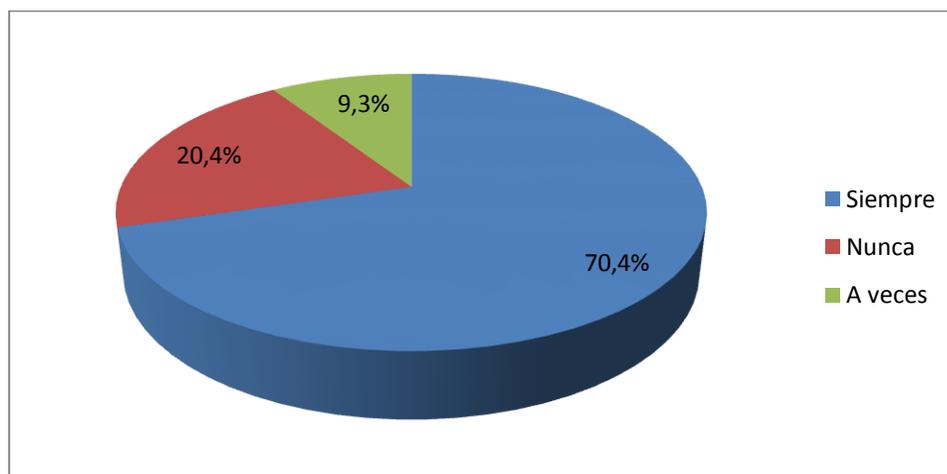
Se encontró el 51,9%(28) tempranos horarios, ya que las encuestadas refirieron que para acceder a las citas se tenía que madrugar, el 40,7%(22) indicó largas colas para así poder conseguir un cupo para la atención, a diferencia del 7,4%(4) que afirmaron que había un buen proceso de obtención de citas.

¿ENCONTRABA EN FARMACIA LOS MEDICAMENTOS INDICADOS POR EL GINECO-OBSTETRA?

Cuadro N° 26

¿Encontraba en farmacia los medicamentos indicados por el Gineco-Obstetra	Frecuencia	%
Siempre	38	70,4
Nunca	11	20,4
A veces	5	9,3
TOTAL	54	100

Gráfico N° 26



Interpretación:

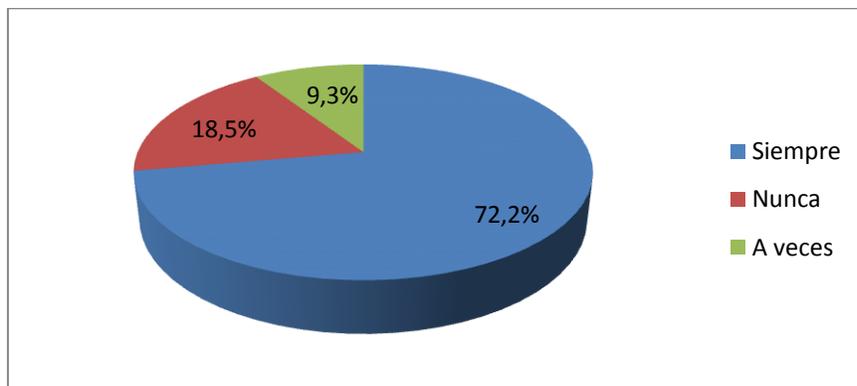
Se encontró un 70,4%(38) siempre había los medicamentos indicados por el Gineco-Obstetra, el 20,4%(11) negó que existan medicamentos y el 9,3%(5) a veces habían los medicamentos.

¿EN LABORATORIO DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA LE REALIZABAN TODOS LOS ANÁLISIS INDICADOS POR EL GINECO-OBSTETRA?

Cuadro N° 27

¿En laboratorio del Hospital María Auxiliadora le realizaban todos los análisis indicados por el Gineco-Obstetra?	Frecuencia	%
Siempre	39	72,2
Nunca	10	18,5
A veces	5	9,3
TOTAL	54	100

Gráfico N° 27



Interpretación:

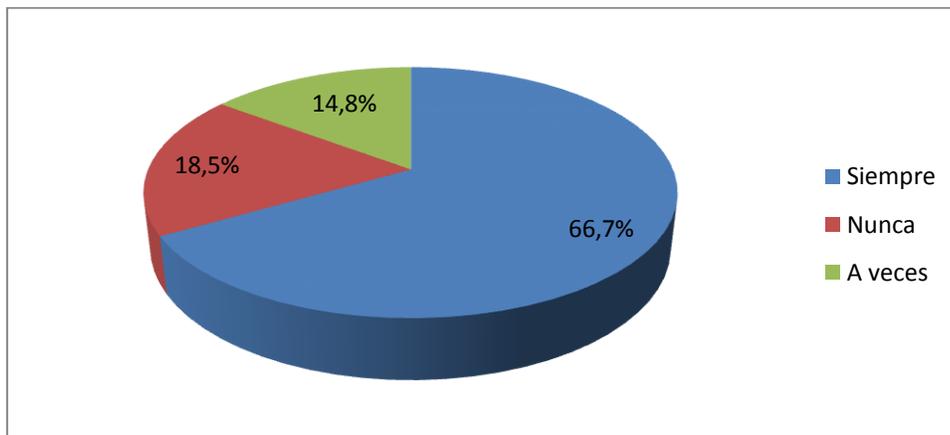
Se encontró un 72,2%(39) siempre les realizaban todos los exámenes de laboratorio, el 18,5%(10) negaron la realización de los exámenes mientras que el 9,3%(5) refirió que algunas veces les realizaban exámenes de laboratorio.

¿EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA LE REALIZABAN TODAS LAS ECOGRAFÍAS INDICADAS POR EL GINECO-OBSTETRA?

Cuadro N° 28

¿En el servicio de Gineco-obstetricia le realizaban todas las ecografías indicadas por el Gineco-Obstetra?	Frecuencia	%
Siempre	36	66,7
Nunca	10	18,5
A veces	8	14,8
TOTAL	54	100

Gráfico N° 28



Interpretación:

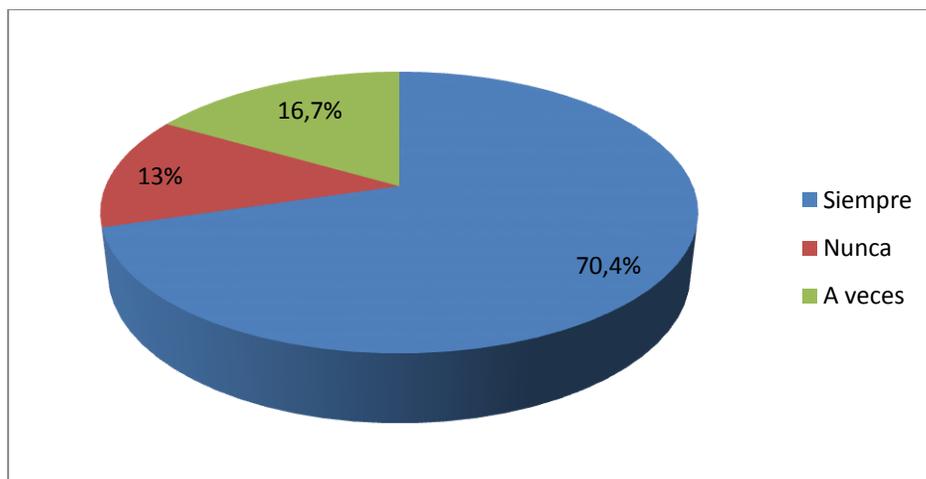
Se encontró 66,7%(36) siempre les realizaban las ecografías indicadas por el Gineco-Obstetra, por el contrario el 18,5%(10) nunca les realizaban ecografías y el 14,8%(8) corresponde a que algunas veces les realizaron ecografías.

¿EXISTÍAN CONSULTORIOS PARA SUS ATENCIONES PRENATALES?

Cuadro N° 29

¿Existían consultorios para sus atenciones prenatales?	Frecuencia	%
Siempre	38	70,4
Nunca	7	13
A veces	8	16,7
TOTAL	54	100

Gráfico N° 29



Interpretación:

Del total de las entrevistadas el 70,4%(38) siempre hay consultorios para las atenciones prenatales, el 16,7%(8) a veces hay consultorios y el 13%(7) negaron que haya consultorios para las atenciones prenatales.

**FACTORES INSTITUCIONALES DE INASISTENCIA A LA ATENCIÓN
PRENATAL EN PUÉRPERAS**

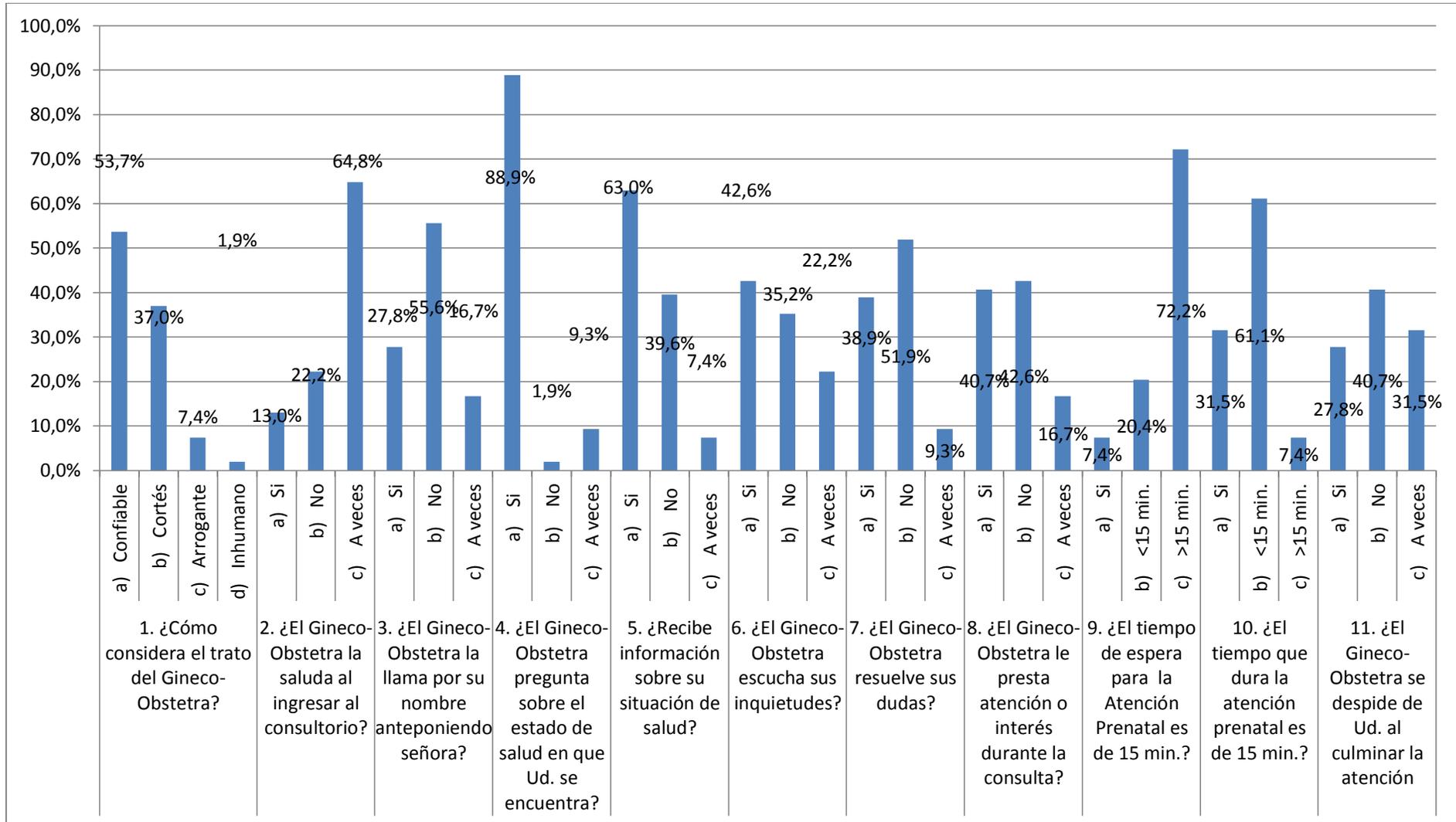
Calidad de Atención Prenatal brindada por el Gineco-Obstetra

Cuadro N° 30

Calidad de Atención	Alternativas	Frecuencia	%
1. ¿Cómo considera el trato del Gineco-Obstetra?	a) Confiable	29	53,7
	b) Cortés	20	37
	c) Arrogante	4	7,4
	d) Inhumano	1	1,9
2. ¿El Gineco-Obstetra la saluda al ingresar al consultorio?	a) Si	7	13
	b) No	12	22,2
	c) A veces	35	64,8
3. ¿El Gineco-Obstetra la llama por su nombre anteponiendo señora?	a) Si	15	27,8
	b) No	30	55,6
	c) A veces	9	16,7
4. ¿El Gineco-Obstetra pregunta sobre el estado de salud en que Ud. se encuentra?	a) Si	48	88,9
	b) No	1	1,9
	c) A veces	5	9,3
5. ¿Recibe información sobre su situación de salud?	a) Si	34	63
	b) No	16	39,6
	c) A veces	4	7,4
6. ¿El Gineco-Obstetra escucha sus inquietudes?	a) Si	23	42,6
	b) No	19	35,2
	c) A veces	2	22,2
7. ¿El Gineco-Obstetra resuelve sus dudas?	a) Si	21	38,9

	b) No	28	51,9
	c) A veces	15	9,3
8. ¿El Gineco-Obstetra le presta atención o interés durante la consulta?	a) Si	22	40,7
	b) No	23	42,6
	c) A veces	9	16,7
9. ¿El tiempo de espera para la Atención Prenatal es es de 15 min?	a) Si	4	7,4
	b) <15 min.	11	20,4
	c) >15 min.	39	72,2
10. ¿El tiempo que dura la atención prenatal es de 15 min.?	a) Si	17	31,5
	b) <15 min.	33	61,1
	c) >15 min.	4	7,4
11.¿El Gineco-Obstetra se despide de Ud. al culminar la atención?	a) Si	15	27,8
	b) No	22	40,7
	c) A veces	17	31,5

Gráfico N° 30



Interpretación:

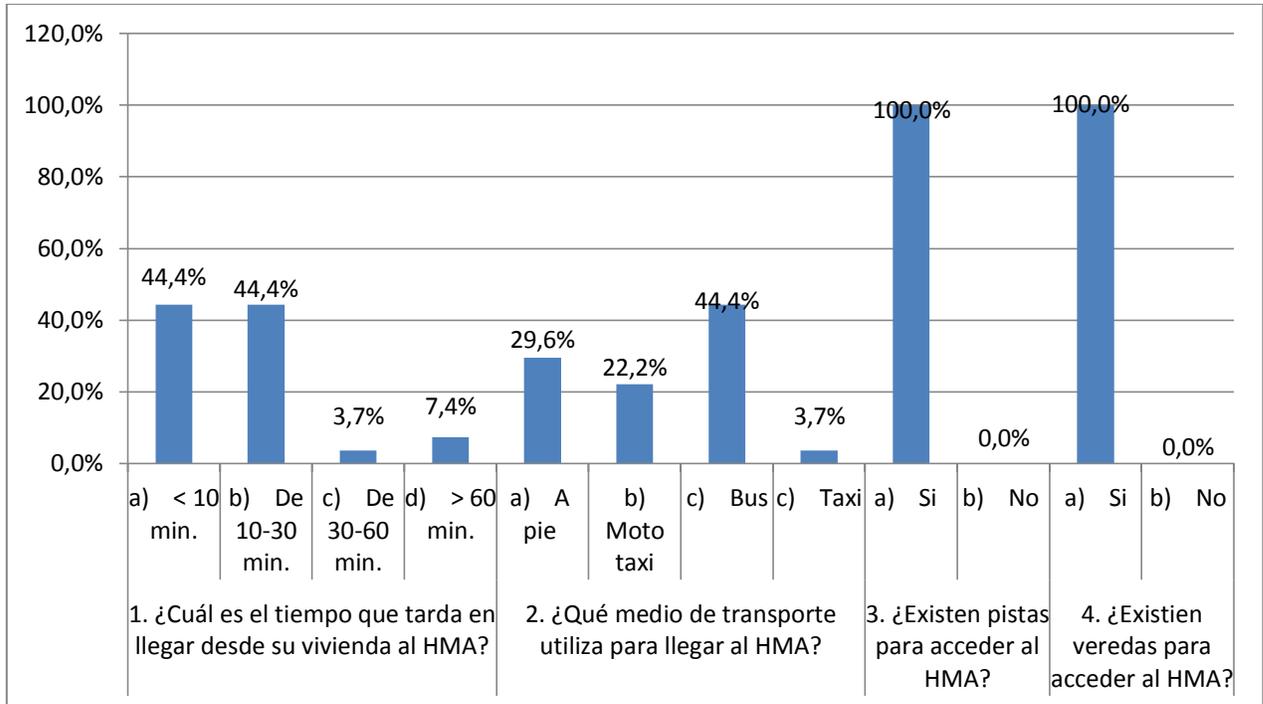
En calidad de atención prenatal brindada por el Gineco-Obstetra se encontró que si influye en la inasistencia a la atención prenatal, porque hubo un alto porcentaje 72,2%(39) que indicaron el tiempo de espera para la atención prenatal era mayor a 15 minutos, 61,1%(33) indicaron una atención prenatal con un tiempo menor a 15 minutos, 55,6%(30) refirieron que el Gineco-Obstetra no las llama por su nombre anteponiendo señora y el 51,9%(28) refirieron que el Gineco-Obstetra no resuelve sus dudas.

Accesibilidad al Hospital

Cuadro N° 31

Accesibilidad al Hospital	Alternativas	Frecuencia	%
1. ¿Cuál es el tiempo que tarda en llegar desde su vivienda al HMA?	a) < 10 min.	24	44,4
	b) De 10-30 min.	24	44,4
	c) De 30-60 min.	2	3,7
	d) > 60 min.	4	7,4
2. ¿Qué medio de transporte utiliza para llegar al HMA?	a) A pie	16	29,6
	b) Moto taxi	12	22,2
	c) Bus	24	44,4
	c) Taxi	2	3,7
3. ¿Existen pistas para acceder al HMA?	a) Si	54	100
	b) No	0	0
4. ¿Existen veredas para acceder al HMA?	a) Si	54	100
	b) No	0	0

Gráfico N° 31



Interpretación:

En la accesibilidad al hospital se encontró que no interfiere con la inasistencia a la atención prenatal en las puérperas, el 44,4 %(24) de ellas viven a solo menos de 10 minutos y el mismo porcentaje de 10-30 minutos de distancia al hospital María Auxiliadora, el 44,4%(24) se trasladaban en bus, además se encontró que el Hospital María Auxiliadora es accesible por contar con pistas y veredas en un 100%(54).

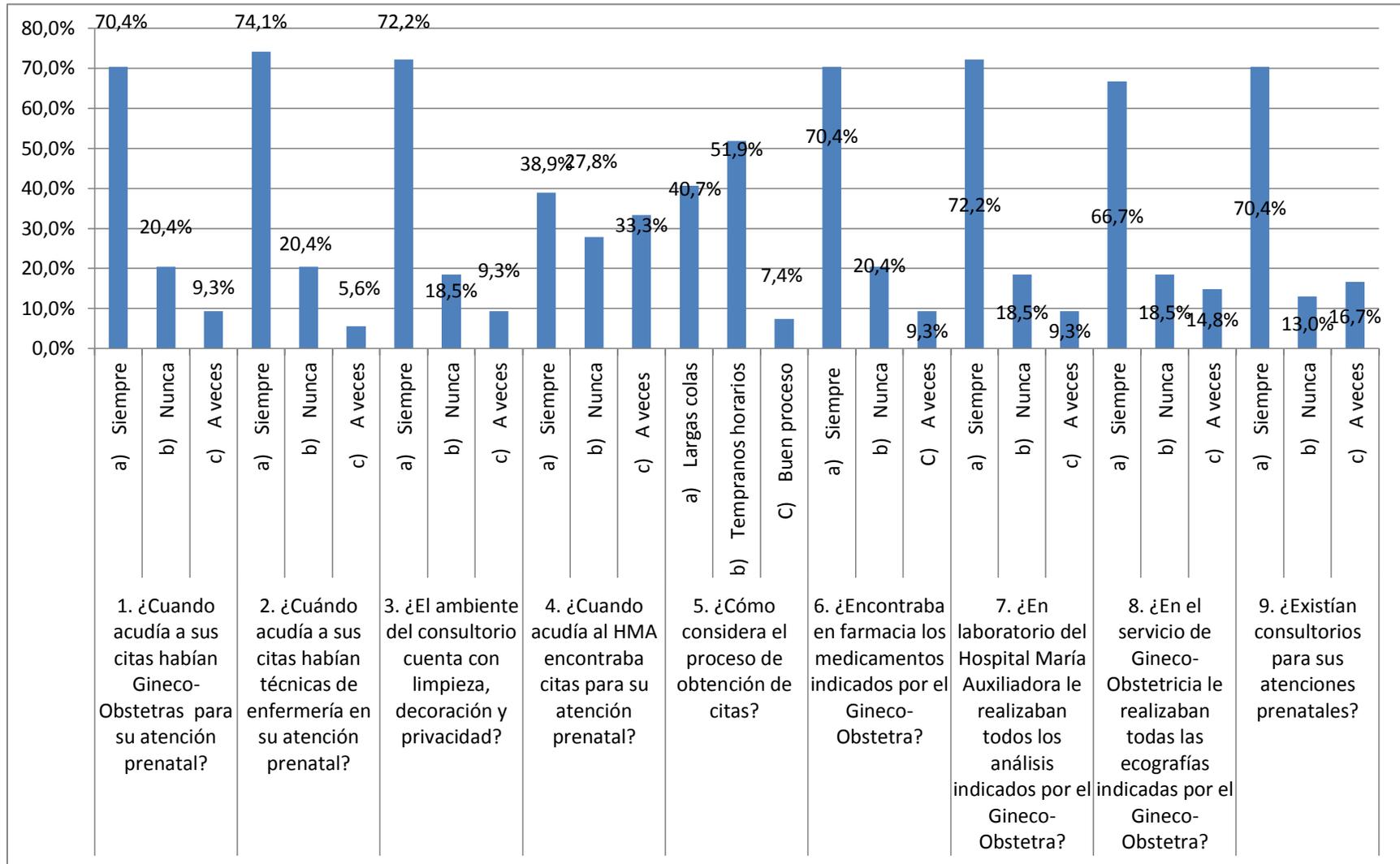
Disponibilidad del servicio de Gineco-Obstetricia para la atención prenatal

Cuadro N° 32

DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA	Alternativas	Frecuencia	%
1. ¿Cuando acudía a sus citas habían Gineco-Obstetras para su atención prenatal?	a) Siempre	38	70,4
	b) Nunca	11	20,4
	c) A veces	5	9,3
2. ¿Cuando acudía a sus citas habían técnicas de enfermería en su atención prenatal?	a) Siempre	40	74,1
	b) Nunca	11	20,4
	c) A veces	3	5,6
3. ¿El ambiente del consultorio cuenta con limpieza, decoración y privacidad?	a) Siempre	39	72,2
	b) Nunca	10	18,5
	c) A veces	5	9,3
4. ¿Cuando acudía al HMA encontraba citas para su atención prenatal?	a) Siempre	21	38,9
	b) Nunca	15	27,8
	c) A veces	18	33,3
5. ¿Cómo considera el proceso de obtención de citas?	a) Largas colas	22	40,7
	b) Tempranos horarios	28	51,9
	c) Buen proceso	4	7,4
6. ¿Encontraba en farmacia los medicamentos indicados por el Gineco-Obstetra?	a) Siempre	38	70,4
	b) Nunca	11	20,4
	c) A veces	5	9,3
7. ¿En laboratorio del Hospital María Auxiliadora le realizaban todos los análisis indicados por el Gineco-Obstetra?	a) Siempre	39	72,2

	b) Nunca	10	18,5
	c) A veces	5	9,3
8. ¿En el servicio de Gineco-Obstetricia le realizaban todas las ecografías indicadas por el Gineco-Obstetra?	a) Siempre	36	66,7
	b) Nunca	10	18,5
	c) A veces	8	14,8
9. ¿Existían consultorios para sus atenciones prenatales?	a) Siempre	38	70,4
	b) Nunca	7	13
	c) A veces	8	16,7

Gráfico N° 32



Interpretación:

En la disponibilidad del servicio de Gineco-Obstetricia para la atención prenatal, se encontró que el 51,9%(28) consideraron que hubo tempranos horarios para la obtención de citas, por lo que tienen que madrugar para llegar a ser uno de los primeros y así encontrar un cupo para su atención y cumplir con sus atenciones, lo que corresponde a una justificación para la inasistencia.

DISCUSIÓN

En cuanto a los datos personales, es decir, los propios de cada gestante que pueden influir en la inasistencia a sus atenciones prenatales fueron: la edad, el grado de instrucción, estado civil y la ocupación, las cuales no se observan gran significancia para que dejen de asistir a sus atenciones prenatales. Con respecto a las edades (Chacha, 2014) encontró 23,76% de gestantes de 15-19 años, (Cobos, 2013) identificó que el 70% de las gestantes se encuentran entre la edades de 15 a 17 años, (Jumbo, 2012) encontró 58% de adolescentes embarazadas entre las edades de 16 y 17 años, en esta investigación resaltó el 46,3% de gestantes de 20-24 años. Según el grado de instrucción (Chacha, 2014) encontró un 75,24% de gestantes que tenían estudios secundarios, mientras que esta investigación predominó el 44,4% de puérperas que contaban con secundaria completa. Esta investigación cuenta con 64,8% de puérperas convivientes, mientras que (Chacha, 2014) con 59,4% y (Jumbo, 2012) con 58%. (Chacha, 2014) según su ocupación encontró 45,54% de gestantes que eran amas de casa y esta investigación obtuvo el 59,3%.

(Munares, 2011), Identificó que la mayoría de las encuestadas encontró que un 29,3% de las que abandonaron presentaron dificultad de permisos en el trabajo, así como también 12,7% un trato inadecuado, 5,1% maltrato por parte del profesional, 11,8% poca prioridad para las atenciones prenatales y 47,4% un tiempo de espera largo, esta investigación en cuanto calidad de atención prenatal se refiere, se encontró 53,7% un trato confiable, 42,6% el Gineco-Obstetra no presta atención o interés durante la consulta y 72,2% un tiempo de espera mayor a 15 minutos.

(Chacha 2014) determinó los factores relacionados al incumplimiento de los controles prenatales en los que encontró 8,91% que la accesibilidad geográfica es de una hora, (Rodríguez et al., 2014) determinó las condiciones que pueden explicar la inasistencia, en la que predominó 52% donde la accesibilidad geográfica era más de 10 Km., (Cobos, 2013) identificó los factores que influyen en la atención prenatal y

resultó con 54% de gestantes que no acuden por la distancia y el tiempo que genera en llegar a la institución, (Jumbo, 2012) encontró 46% de gestantes indicaron que la accesibilidad geográfica con una distancia de diez minutos, En esta investigación no influye la accesibilidad al hospital María Auxiliadora en la inasistencia a la atención prenatal.

En cuanto a la disponibilidad del servicio de Gineco-Obstetricia, sólo se encontró en el proceso de obtención de citas que hubo tempranos horarios con un 51,9%.

CONCLUSIONES

Del análisis y discusión de los resultados obtenido de cada una de las variables estudiadas y de la relación de ellos, se llega a las siguientes conclusiones:

- En calidad de atención prenatal brindada por el Gineco-Obstetra se encontró que si interfiere en la inasistencia a la atención prenatal, porque hubo un alto porcentaje 72,2%(39) que indicaron el tiempo de espera para la atención prenatal era mayor a 15 minutos, 61,1%(33) indicaron una atención prenatal que duraba menos de 15 minutos, 55,6%(30) refirieron que el Gineco-Obstetra no las llama por su nombre anteponiendo señora y el 51,9%(28) refirieron que el Gineco-Obstetra no resuelve sus dudas.

- En la accesibilidad al hospital se encontró que no interfiere en la inasistencia a la atención prenatal, el 44,4 %(24) de ellas viven a solo menos de 10 minutos de distancia al hospital María Auxiliadora, y el mismo porcentaje se trasladaban en bus, además se encontró que el Hospital María Auxiliadora es accesible por contar con pistas y veredas en un 100%(54).

- En la disponibilidad del servicio de Gineco-Obstetricia, se encontró que el 51,9%(28) consideraron que hubo tempranos horarios para la obtención de citas, por lo que tienen que madrugar para llegar a ser uno de los primeros y así encontrar un cupo para su atención y cumplir con sus atenciones, lo cual corresponde a una justificación para la inasistencia.

RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones de la presente investigación y a fin de mejorar la asistencia a las atenciones prenatales y que cumplan con lo mínimo requerido (6 atenciones prenatales) por el Ministerio de Salud se plantea las siguientes recomendaciones:

-Las Obstetras conjuntamente con los Gineco-Obstetras del Hospital María Auxiliadora deben implementar estrategias educativas mediante programas permanentes en los establecimientos de salud, en donde se imparta el conocimiento sobre la importancia de la atención prenatal a todas las mujeres en edad reproductiva donde se refuerce la actitud positiva de la gestante ante su proceso en todos los espacios disponibles ya sea en la consulta, en pasillos del mismo establecimiento de salud o durante los procesos de captación en donde se vea integrado todo el equipo de salud.

-Los Gineco-Obstetras del Hospital María Auxiliadora deben mejorar la calidad de atención prenatal en cuanto al tiempo de espera, para que sean atendidas con un tiempo adecuado.

-Los Gineco-Obstetras del Hospital María Auxiliadora encargados de la atención prenatal deben en lo posible cumplir con los 15 minutos como mínimo requeridos, para así poder cumplir con uno de las características de la atención prenatal que es completo e integral, así como también resolver inquietudes, dudas y dar información del estado de salud de la gestante, preguntar a las gestantes si tienen dudas que la aquejan, ya que así podrán resolverlas.

-En las ventanillas de admisión del Hospital María Auxiliadora se debe establecer una programación de la atención prenatal que garantice un mejor funcionamiento de las citas, para que así la madre pueda percibir la importancia del mismo y esté

siempre motivada, asistiendo al número de consultas necesarias para que este sea lo más eficaz posible.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Castaño K. Calidad de Atención en el control prenatal: Opinión de las Usuaris de una Institución Prestadora de Servicios de Bogotá D.C. [tesis de licenciatura] Bogotá, Colombia. Pontificia Universidad Javeriana; 2009. Consultado: 05 de Junio de 2014. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/.../tesis23.pdf>
2. Ferreira M. Características del Control Prenatal en las Embarazadas Adolescentes. [Sitio en internet]. Consultado: 20 de Mayo de 2014. Disponible en: <http://www.monografias.com › Salud › Control prenatal>
3. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva RM N° 771-2004/MINSA. 2004. Consultado: 28 de Mayo de 2014. Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/portada/est_san/saludsexual.htm
4. Organización Mundial de Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014. [Sitio en internet]. Consultado: 11 de Junio de 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695_spa.pdf
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). "Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2014". 2015. Consultado: 12 de Febrero de 2016. Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar 2011 Nacional Y Departamental. [Sitio en internet]. Consultado: 20 de Mayo de 2014. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2011/Libro.pdf>

7. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). "Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2012". 2012. Consultado: 12 de Mayo de 2014. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/Libro.pdf>

8. INMP. Boletín Estadístico 2014. [Sitio en internet]. Lima; 2014. Consultado: 20 de Mayo de 2014. Disponible en:

<http://www.inmp.gob.pe/institucional/boletines-estadisticos/1422371837>

9. 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, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012. Consultado: 01 de Diciembre de 2015. Disponible en:

[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2954/2/Camarena_%20rp\(2\).pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2954/2/Camarena_%20rp(2).pdf)

10. Mongrut Steane A. "Tratado de Obstetricia Normal y Patológica". 4 ed. Lima: Editorial Monpress E.I.R.L.; 2000.

11. Faneite P, Rivera C, Rodríguez F, Amato R, Moreno S, Cangemi L. Consulta prenatal: motivos de inasistencia. Rev Obstet Ginecol Venez 2009; 69 (3): 147-151. Consultado: 16 de Mayo de 2014. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v69n3/art02.pdf>

12. Miranda K, Plasencia L. Relación de Factores Biosocioculturales y Asistencia al Control Prenatal en Gestantes. [Tesis de licenciatura] Trujillo, Perú. Universidad Nacional de Trujillo; 2014. Consultado: 13 de Mayo de 2015. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/UNITRU/848/TESIS%20PARA%20LICENCIATURA.%20MIRANDA%20Y%20PLASENCIA,%202015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

13. Díaz S, Girart J. Control Prenatal como Antecedente de Importancia en la Morbimortalidad Neonatal. [Tesis para optar al título de Médico Cirujano] Barcelona, Venezuela. Universidad de Oriente Núcleo Anzoátegui; 2009. Consultado: 15 de Mayo de 2015. Disponible en:

<http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/1134/1/Tesis.CONTROL%20PRENATAL.pdf>

14. Hernández L, Cala C. Factores Asociados al Abandono del Programa de Control Prenatal en las Gestantes Captadas en la Ese Hospital Integrado San Juan de Cimitarra, Santander. Segundo Semestre 2008. [Tesis de grado de especialización] Bucaramanga, Colombia. Convenio Universidad Ces-Universidad Autónoma de Bucaramanga; 2009. Consultado: 01 de Junio de 2014. Disponible en: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/646/2/FACTORES%20ASOCIADOS..DR%20CARLOS%20CALA%20LINIANA%20HERNANDEZ%20AUDITORIA%20EN%20CALIDAD.pdf>

15. Cadena L. Factores asociados a la adherencia al control prenatal en mujeres de los barrios de Tanguarín y Sto. Domingo de la parroquia de San Antonio de Ibarra en el período noviembre del 2009 agosto del 2010. [Tesis de licenciatura] Ibarra, Ecuador. Universidad Técnica del Norte; 2011.

Disponible en:

<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/702/2/06%20ENF%20433%20TESIS.pdf>

16. Ministerio de Salud del Perú. Maternidad Saludable y Segura. 2010. Consultado: 25 de Mayo de 2014. Disponible en:

<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/maternidad/default.asp>

<http://www.minsa.gob.pe/portada/.../2010/.../InfoEstadisticaMaternidad.pdf>

17. Chacha G. Factores relacionados al incumplimiento de los controles prenatales en las embarazadas asistentes a la consulta externa del Hospital María Lorena Serrano. [Tesis de licenciatura] Machala, Ecuador. Universidad Técnica de Machala; 2014. Consultado: 16 de Noviembre de 2015

18. Rodríguez F, Jiménez W, Jiménez C, Coral A, Ramírez P, Ramos N. Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales. Rev Gerenc Polít Salud. 2014; 13(27): 212-227.

Consultado: 15 de Mayo de 2015. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54533007012>

19. Munares O. Factores asociados al abandono al control prenatal-Instituto Nacional Materno Perinatal-2011. [Tesis de maestría]; Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014. Consultado: 11 de Mayo de 2014. Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3775/1/Munares_go%282%29.pdf

20. Cobos L. Factores que influyen en la atención prenatal en adolescentes que acuden a la consulta del subcentro de salud Zapotal-Santa Elena. [Tesis de licenciatura] La Libertad, Ecuador. Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2013. Consultado: 16 de Mayo de 2014. Disponible en:

<http://repositorio.upse.edu.ec:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/998/LIBETH%20COBOS%20-%20TESIS.pdf?sequence=1>

21. Jumbo C. Factores Asociados a la Inasistencia de los Controles Prenatales en las Adolescentes Embarazadas de la Parroquia Barbones. [Tesis de licenciatura] El Oro, Ecuador. Universidad Técnica de Machala; 2012.

Consultado: 12 de Mayo del 2015. Disponible en:

<http://repositorio.utmachala.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/3313/1/145.pdf>

22. Ministerio de Salud. “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna”. 2013. Lima.

23. Ministerio de Salud. “Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva”. 2004. Lima.

24. Barrios A, Montes N. Control Prenatal. Rev Paceaña Med Fam. 2007; 4(6): 128-131. Consultado: 03 de Junio de 2014. Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/56590263/7-Control-Prenatal>

25. Casini S, Lucero G, Hertz M, Andina E. Guía de Control Prenatal. Embarazo Normal. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá. 2002; 21 (2): 51-62. Consultado: 04 de Junio de 2014. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/912/91221201.pdf>

26. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6° ed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2005.

27. Ministerio de Salud. "Directiva Sanitaria de Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud". 2006. Lima

28. Castillo I, Villarreal M, Olivera E, Pinzón A, Carrascal H. Satisfacción de usuarias del control prenatal en instituciones de salud públicas y factores asociados. Hacia promoci. salud. 2014; 19(1):128-140. Consultado: 15 de Enero de 2015. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista19%281%29_10.pdf

29. Tovar S. Grado de Satisfacción de las Gestantes al recibir la Atención Prenatal en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao. [Tesis de licenciatura]. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004.

Consultado: 15 de Enero de 2015. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/tovar_hs/tovar_hs.pdf

30. Gómez J, Hueso C, Reina L, Hernández S, Amezcua. ¿Cómo resolver dudas compartidas con el paciente? Index Enferm. 2014; 23(1-2):90-94. Consultado: 18 de Enero de 2015.

Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v23n1-2/instrumentos2.pdf>

31. Chambe J. Percepción de la Calidad de Atención del Control Prenatal por la Usuaría Externa en el Centro de Salud Jorge Chavez y Centro de Salud Nuevo Milenio de Puerto Maldonado. [Tesis de licenciatura]. Tacna, Perú. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2013. Consultado: 15 de Diciembre de 2015.

Disponible en:

http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/269/154_2013_Chambe_Vildoso_JS_FACS_Obstetricia_2013.pdf?sequence=1

32. Outomuro D, Actis A. Estimación del Tiempo de Consulta Ambulatoria en Clínica Médica. Rev Med Chile. 2013; 141(3):361-366. Consultado: 19 de Enero de 2015. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v141n3/art12.pdf>

33. Ramírez L. La Accesibilidad Diferencial y el Cálculo de la Demanda Sanitaria a Hospitales Públicos Empleando Sistemas de Información Geográfica. [Sitio en internet]. Consultado: 20 de Enero de 2015. Disponible en: <http://hum.unne.edu.ar/investigacion/geografia/labtig/publicaciones/public15.pdf>

34. Arroyo J, Hartz J, Lau M. "Recursos Humanos en Salud al 2011: Evidencias para la toma de decisiones". Lima: Ministerio de Salud; 2011. Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud; N°14. Consultado: 20 de Enero de 2015. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/libros/pdf/s1/114.%20Recursos%20Humanos%20en%20Salud%2027.06.11.pdf>

35. Clínica Hospital San Fernando. Exámenes de laboratorio más frecuentes realizados en los pacientes. [Sitio en internet]. Consultado: 21 de Enero de 2015.

Disponible en: <http://www.hospitalsanfernando.com/www/es/articulos-medicos/examenes-de-laboratorio-mas-frecuentes-realizados-en-los-pacientes>

36. Ministerio de Salud. Normas Técnicas para proyectos de Arquitecturas Hospitalarias. [Sitio en internet]. Consultado: 21 de Enero de 2015. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/ogdn/cd1/pdf/NLS_21/Norma%20Proyectos%20Hospitalarios.pdf

ANEXOS

Anexo N°1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: FACTORES INSTITUCIONALES QUE INFLUYEN EN LA INASISTENCIA A LA ATENCIÓN PRENATAL EN PUERPERAS DEL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA. SAN JUAN DE MIRAFLORES-LIMA. JUNIO 2015

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p>Principal</p> <p>¿Cuáles son los factores institucionales que influyen en la inasistencia a la atención prenatal en las puérperas del Hospital María Auxiliadora en el mes de Junio del 2015?</p> <p>Secundarios:</p> <p>¿En qué medida la calidad de atención prenatal brindada por el Gineco-Obstetra</p>	<p>General:</p> <p>Determinar los factores institucionales que influyen en la inasistencia a la atención prenatal en puérperas del Hospital María Auxiliadora durante el mes de Junio del 2015.</p> <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar la calidad de atención prenatal brindada por el Gineco-Obstetra - Identificar la accesibilidad al hospital como factor institucional de inasistencia a la atención prenatal. - Identificar la disponibilidad del servicio de Gineco-Obstetricia para la atención 	<p>No pertinente</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Calidad de Atención Prenatal brindada por el Gineco-Obstetra -Accesibilidad al hospital. -Disponibilidad del servicio de Gineco-Obstetricia para la atención prenatal 	<p>Tipo de investigación:</p> <p>Descriptivo</p> <p>Nivel de la investigación:</p> <p>Aplicativo</p> <p>Método: Cuantitativo.</p> <p>Población: 122 puérperas que tuvieron la atención prenatal en el Hospital María Auxiliadora y que asistieron a menos de 6 atenciones.</p> <p>Muestra: 54 puérperas</p> <p>Técnica</p>

<p>influye como factor institucional de inasistencia a la atención prenatal?</p> <p>¿En qué medida la accesibilidad al hospital influye como factor institucional de inasistencia a la atención prenatal?</p> <p>¿En qué medida la disponibilidad del servicio de Gineco-Obstetricia para la atención prenatal influye como factor institucional de inasistencia a la atención prenatal?</p>	<p>prenatal como factor institucional de inasistencia a la atención prenatal.</p>			<p>instrumento de recolección de datos:</p> <p>Técnica: Entrevista</p> <p>Instrumento: Cuestionario</p>
--	---	--	--	--

Anexo N°2: INSTRUMENTO

Factores Institucionales que influyen en la inasistencia a la Atención Prenatal en puérperas del Hospital María Auxiliadora.

Questionario

I.- DATOS PERSONALES

1.- Edad

Adolescentes Jóvenes Adultas

2.- ¿Cuál es su estado civil?

Casada Conviviente Soltera Divorciada

3.- ¿Qué grado de instrucción tiene Ud.?

Iletrada Primaria Sec. Completa
Sec. Incompleta Superior universitaria Superior no universitaria

4.-Ocupación

Ama de casa Estudiante Trabaja

5.- ¿Cuántas atenciones prenatales tuvo durante su gestación?

1 2-3 4-5

II.-DATOS SOBRE CALIDAD DE ATENCIÓN PRENATAL BRINDADA POR EL GINECO-OBSTETRA

6.- ¿Cómo considera el trato del Gineco-Obstetra?

Confiable Cortés Arrogante Inhumano

7.- ¿El Gineco-Obstetra la saluda al ingresar al consultorio?

Si No A veces

8.- ¿El Gineco-Obstetra la llama por su nombre anteponiendo señora?

Si No A veces

9.- ¿El Gineco-Obstetra pregunta sobre el estado de salud en que Ud. se encuentra?

Si No A veces

10.- ¿Recibe información del Gineco-Obstetra sobre su situación de salud?

Si No A veces

11.- ¿El Gineco-Obstetra escucha sus inquietudes?

Si No A veces

12.- ¿El Gineco-Obstetra resuelve sus dudas?

Si No A veces

13.- ¿El Gineco-Obstetra le presta atención o interés durante la consulta?

Si No A veces

14.- ¿El tiempo de espera para la atención prenatal es de 15 min.?

Si <15 min. >15 min.

15.- ¿El tiempo que dura la atención prenatal es de 15 minutos?

Si <15 min. >15 min.

16.- ¿El Gineco-Obstetra se despide de Ud. al culminar la atención?

Si No A veces

III.- DATOS SOBRE ACCESIBILIDAD AL HOSPITAL

17.- ¿Cuál es el tiempo que tarda en llegar desde su vivienda al Hospital María Auxiliadora?

<10 min. 10-30 min. 30-60 min. >60 min.

18.- ¿Qué medio de transporte utiliza para llegar al Hospital María Auxiliadora?

A pie Moto taxi Bus Taxi

19.- ¿Existen pistas para acceder al Hospital María Auxiliadora?

Sí No

20.- ¿Existen veredas para acceder al Hospital María Auxiliadora?

Sí No

IV.-DATOS SOBRE LA DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

21.- ¿Cuando acudía a sus citas habían Gineco-Obstetras para su atención prenatal?

Siempre Nunca A veces

22.- ¿Cuando acudía a sus citas habían técnicas de enfermería en su atención prenatal?

Siempre Nunca A veces

23.- ¿El ambiente del consultorio cuenta con limpieza, decoración y privacidad?

Siempre Nunca A veces

24.- ¿Cuándo Ud. acudía al Hospital María Auxiliadora encontraba citas para su atención prenatal?

Siempre Nunca A veces

25.- ¿Cómo considera el proceso de obtención de citas?

Largas colas Tempranos horarios Buen proceso

26.- ¿Encontraba en farmacia los medicamentos indicados por el Gineco-Obstetra?

Siempre Nunca A veces

27.- ¿En laboratorio del Hospital María Auxiliadora le realizaban todos los análisis indicados por el Gineco-Obstetra?

Siempre Nunca A veces

28.- ¿En el servicio de Gineco-obstetricia le realizaban todas las ecografías indicadas por el Gineco-Obstetra?

Siempre Nunca A veces

29.- ¿Existían consultorios para sus atenciones prenatales?

Siempre Nunca A veces

