



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

TESIS

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA A LOS CONTROLES
PRENATALES EN LAS GESTANTES A TÉRMINO DEL
HOSPITAL - SANTA MARÍA DEL SOCORRO
JUNIO 2015”**

PRESENTADO POR:

YEBNA SILVIA GARCIA ANAYHUAMAN

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

ICA – PERÚ

2015

DEDICADO A:

Dios por mostrarme día a día que con humildad paciencia amor y sabiduría todo es posible.

A mi amado esposo Javier quien ha sido el impulso para lograr mi carrera y el pilar para la culminación de la misma, que con su apoyo constante y amor incondicional ha sido amigo y compañero inseparable, fuente de sabiduría, calma y consejo en todo momento.

A mis padres y hermano quienes con su amor y su apoyo incondicional estuvieron siempre, a ellos que siempre tuvieron una palabra de aliento en los momentos difíciles

A toda mi familia y amigos, gracias por todo

En especial para ti, mi amado hijo Diego Javier, quien eres el principal motor para seguir adelante.

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría que estas líneas sirvieran para expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo.

Agradecerte a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A la UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS - FILIAL ICA por darme la oportunidad de estudiar y hacer de mí una profesional competente.

A mi directora de Escuela Académico Profesional, Mg Lourdes Vera, quien con sus conocimientos, su experiencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

También quiero agradecer a mis profesores que durante toda mi carrera aportaron a mi formación, en especial a la Dra Delia Bendezu, asesora de esta investigación, Obst Ivonne Boada, Obst Olivia Medina, Dr. Cesar Muñante, Dr Miguel Angel Ramos Taype, jurados de sustentación, por su orientación, seguimiento y supervisión continua de la misma, pero sobre todo por su motivación y apoyo recibido.

Quisiera hacer extensiva mi gratitud a mis compañeros de la Facultad en especial a mis amigas Carmen y Lorena por su amistad sincera e incondicional.

A mis padres Melesio y Celsa gracias por su apoyo y amor, por su comprensión y esfuerzo, por demostrarme que con valor, empeño y decisión las metas que nos podemos trazar en nuestras vidas se hacen realidad.

A mi amado Nestor Javier, por su paciencia y su comprensión, por levantar mis brazos aun cuando las fuerzas me desfallecían. Por hacer posible cada uno de mis sueños, por regalarme la dicha de convertirme en madre, y el fruto de nuestro amor Diego Javier, quien es el principal motivo para conseguir cada una de nuestras metas.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores que influyen en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, en el cual se tomó una población de 144 gestantes a término a quienes se les aplicó un cuestionario que contenga las preguntas orientadas a obtener las variables en estudio

Resultados: Un 43.75% de madres gestantes ingresaron al CPN en el Hospital Socorro entre 25 a 32 semanas de gestación, el 76.38% de las madres gestantes del CPN en el Hospital Socorro con 25 a 32 semanas de gestación provienen del área urbana, el 70.13% de las madres gestantes de CPN en el Hospital Socorro presentan nivel secundario completo, respecto a sus conocimientos sobre la importancia del CPN un 48.91% considera que es bueno para el feto y la madre, respecto a las condiciones de accesibilidad al control pre natal, un 62.5%, no presenta inconvenientes para la accesibilidad por razones de horario de atención y disponibilidad de tiempo. Respecto a la oportunidad de asignación de las citas, observamos que las madres gestantes del área urbana un 62.5% encuentra su asignación entre 1 a 3 días, En cuanto a las barreras de accesibilidad que pueden influenciar en la adherencia encontramos un 62.54% puede ser por la disponibilidad de recursos económicos, el nivel de la satisfacción con la atención recibida por las madres gestantes de control prenatal del Hospital Socorro de Ica, por parte del personal profesional que las atiende, un 69.46% lo califica de excelente, En cuanto a la evaluación de las actividades de CPN en el hospital Socorro de Ica, un 69.46% lo evalúa como excelente.

Palabras claves: control prenatal, semanas de gestación, adherencia, accesibilidad

ABSTRACT

Objective: To determine the factors that influence adherence to prenatal care in term pregnant women attended in June 2015 at the Santa María del Socorro Hospital.

Methods: An observational, descriptive study, in which a population of 144 pregnant women was taken at term who were I apply a questionnaire containing questions designed to get the variables under study

Results: 43.75% of pregnant women admitted to the NPC in Socorro Hospital between 25-32 weeks of gestation, 76.38% of expectant mothers NPC in Socorro Hospital with 25-32 weeks of gestation come from urban areas, 70.13 % of pregnant mothers of CPN in Socorro Hospital have completed high school, compared to their knowledge about the importance of CPN one 48.61% think it is good for the fetus and mother, regarding the accessibility to pre natal control 62.5% have no disadvantages for accessibility, opportunity regarding allocation of dating, we observed that pregnant women in urban areas is 62.5% allocation between 1-3 days regarding accessibility barriers that can influence adherence found a 62.54% can be for weeks of pregnancy (first trimester), the level of satisfaction with the care received by pregnant mothers antenatal Relief Ica Hospital, by the professional staff that attends, one qualifies 69.46% excellent, as for the evaluation of the activities of CPN in the hospital Relief Ica a 69.46% assessed it as excellent.

Keywords: prenatal, weeks of gestation, adhesion, accessibility

INDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción de la Realidad Problemática.....	13
1.2. Delimitación de la Investigación.....	16
1.3. Formulación del Problema.....	17
1.3.1. Problema Principal.....	17
1.3.2. Problemas Secundarios.....	17
1.4. Objetivos.....	19
1.4.1. Objetivo General.....	19
1.4.2. Objetivos Específicos.....	19
1.5. Hipótesis de la Investigación.....	20
1.6. Variables de Estudio.....	20
1.7. Operacionalización de variables.....	21
1.8. Diseño de la Investigación.....	22
1.8.1. Tipo de Investigación.....	22
1.8.2. Nivel de Investigación.....	22

1.8.3. Método.....	22
1.9. Población y muestra de la investigación	22
1.9.1. Población.....	22
1.9.2. Muestra.....	22
1.10. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	
1.10.1 Técnicas.....	23
1.10.2 Instrumentos.....	23
1.11 Técnica de análisis de datos.....	23
Procesamiento de análisis.....	23
Tabulación de la información.....	23
1.12 Consideraciones éticas.....	24
1.13. Justificación e importancia de la investigación.....	24

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación.....	27
A nivel internacional.....	27
A nivel nacional.....	32
A nivel local.....	33
2.2. Bases Teóricas.....	34
2.3. Definición de términos Básicos.....	53

CAPITULO III:

PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

3.1. Análisis de Tablas y Gráficos	57
--	----

3.2.	Discusión	66
3.3.	Conclusiones.....	68
3.4.	Recomendaciones	70
	FUENTES DE INFORMACIÓN.....	71
	ANEXOS	
	- Matriz de Consistencia.....	75
	- Cuestionario	77

INTRODUCCIÓN

En el Perú, existe un alto porcentaje de partos institucionales, pero sigue habiendo una baja tasa de utilización de servicios para el control prenatal. Las estadísticas muestran grandes variaciones en los resultados maternos y perinatales a lo largo y ancho de nuestro país. Las mujeres no deben adaptarse a los servicios de salud, los servicios de salud deben adaptarse a las diversas mujeres que los necesitan (Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS]).

El control prenatal es uno de los pilares en los que se basa la salud materna, como lo refrendan las estadísticas mundiales, los beneficios de su práctica rutinaria y la necesidad de establecerlo obligatoriamente, motivando o incentivando a las futuras madres para su cumplimiento. Un control prenatal temprano, continuo, completo y periódico contribuye a la disminución de las tasas de morbilidad materno infantil existentes en nuestro país.

La morbilidad materna es un indicador negativo que acompaña con mayor frecuencia a las comunidades vulnerables y a países subdesarrollados como Perú, lo que deja mucho que desear acerca de la calidad de los controles y medidas preventivas realizadas por los servicios de salud.

Se tiene el concepto de que el control prenatal puede reducir la morbilidad materna y perinatal, a través de la identificación y tratamiento de enfermedades propias de la gestación o enfermedades intercurrentes, además de la detección de pacientes con riesgos de complicaciones durante el parto, atendido por personal capacitado y con recursos técnicos adecuados para resolver estas necesidades. Además representarán aproximadamente el 25% de todas las mujeres que inician la atención prenatal.

Este trabajo de investigación está orientado a indagar los factores relacionados con la adherencia al control prenatal en gestantes que acuden al Hospital Santa María del Socorro de Ica. Siendo este un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de aquellas patologías determinantes que puedan condicionar la morbilidad materna y perinatal.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La atención prenatal constituye uno de los pilares de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva¹. El Ministerio de Salud (MINSA) la define como". La vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud con el objetivo de lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre".

Según el último informe de la encuesta demográfica ENDES Continua 2009², 94,5% de mujeres tuvieron algún CPN por personal de salud; pero, en la selva fue 83,5%. El 92,5% tuvieron por lo menos cuatro CPN durante su embarazo, 70% tuvo su primer CPN antes de los cuatro meses de gestación y el 2,8% de mujeres no tuvieron CPN a nivel nacional llegando hasta 10,9% en Ucayali. En esta encuesta que no se evaluó la frecuencia recomendada de dichos controles.

El CPN inadecuado conlleva a mayores tasas de partos pretérmino, retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), productos pequeños para edad gestacional y mayores tasas de infecciones y de mortalidad materno-perinatal.

Un estudio en 45 países encontró que mujeres con mayor grado de instrucción y que vivían en zonas urbanas tenían mayores tasas de

¹Ministerio de Salud. Avanzando hacia una maternidad segura en el Perú: Derecho de todas las mujeres. Lima, Perú: MINSA; 2006. disponible en URL: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Avanzando-Maternidad-Segura-Peru.pdf>

² Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES Continua 2009: Informe principal. Lima: INEI. disponible en URL: <http://desa.inei.gob.pe/endes/default.asp>

CPN adecuado. Otros factores encontrados han sido la falta de seguros, bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de educación, estado civil diferente a casado, residencia en barrios, desempleo, el desconocimiento de la importancia del CPN, un ambiente inadecuado de la consulta y distancias largas al Centro de salud. Algunos estudios asociaron la edad materna adolescente con un CPN inadecuado; sin embargo, un estudio en el Hospital Nacional Cayetano Heredia encontró que el porcentaje de gestantes adolescentes con más de cuatro CPN fue similar al del resto de mujeres 27,29% vs 28,43%³.

El peso bajo al nacer y la prematuridad son importantes factores de riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal, especialmente en países subdesarrollados. El parto prematuro trae graves consecuencias para el neonato, como problemas respiratorios, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante y muerte neonatal, y los sobrevivientes pueden sufrir deterioro neuropsiquiátrico en la niñez, comparado con infantes nacidos a término. Por otro lado, aunque la mayoría de neonatos con peso bajo al nacer (especialmente aquellos pequeños para la edad gestacional) no muestran un incremento apreciable en la morbimortalidad perinatal, éstos tienen un riesgo aumentado de hipoxemia al nacimiento, alteración del desarrollo y riesgo de diabetes mellitus e hipertensión en su vida adulta.

El cuidado y la atención hospitalaria y domiciliaria de estos niños representan altos costos para la nación.

Actualmente en el mundo, a pesar de la existencia de una sofisticada tecnología y de los nuevos conocimientos médicos, 3.300 millones de niños nacen muertos, más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días, 6.6 millones mueren antes de cumplir los cinco años de edad; se producen 529 mil defunciones maternas, 88 mil de las cuales son producidas

³ Díaz L. Embarazos en adolescentes en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Tesis para obtención de Grado de Bachiller. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2001.73 pp

por abortos peligrosos.

La adherencia y el número de controles prenatales a los que asisten las gestantes, les da más probabilidades de tener un embarazo y producto normales en relación con aquellas que asisten a pocos controles o no lo hacen.

La falta de adherencia al control prenatal se ha convertido en un problema de salud pública, es básico el aumento de la cobertura de este en la población, implementando acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo; para lograrlo se debe realizar una adecuada identificación e intervención de los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales, la ejecución de pruebas paraclínicas básicas, el seguimiento gráfico de los parámetros de evolución de la altura uterina, peso materno, presión arterial y la suplementación con micronutrientes que permita disminuir la morbilidad materna y perinatal, partos prematuros y de productos con bajo peso al nacer; siendo estos, indicadores de calidad de la atención en salud que diferencian significativamente a países desarrollados de los países en vía de desarrollo, como es el caso de Perú.

La organización mundial de la salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal. Sin embargo no todas las mujeres acceden al Control prenatal y algunas no logran la adherencia a las recomendaciones ni cumplir con la periodicidad de asistencia al mismo. Mediante el control prenatal podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma se podrá controlar el momento de mayor morbilidad en la vida del ser humano como es el período perinatal y la principal causa de mortalidad materna. El control prenatal debe ser eficaz y eficiente esto significa que la cobertura deber ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud

entienda la importancia de su labor. Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo su control es simple y no requiere de infraestructura de alto costo⁴.

En la ciudad de Ica, las observaciones preliminares y el contacto con algunas gestantes que acuden Hospital Santa María del Socorro de Ica, expresan que existen diversos factores que influyen en su adherencia con regularidad a los controles prenatales; algunos de estos factores estarían asociados con la edad de la gestante ya que en algunos casos una temprana edad podría tener incidencia en su nivel de responsabilidad sobre la importancia de dichos controles, a veces la cercanía o el nivel de accesibilidad al centro limitado por costos de transportes o economía también podría influir en dicha adherencia; la calidad de atención que se brinda en el hospital podría influir en su nivel de satisfacción también es unos de los factores que expresan algunas gestantes.

Por lo tanto en esta investigación se busca determinar los factores que influyen en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro de Ica.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Delimitación social:

La investigación se realizó con la participación de las gestantes a término atendidas en el Hospital Santa María del Socorro; por tanto desde el punto de vista social la investigación solo abarcó a gestantes a término como sujetos muestrales y beneficiarios directos de la investigación.

⁴ Organización Panamericana de la Salud. Atención prenatal en atención primaria de la salud: Protocolo.

Delimitación espacial:

Hospital Santa María del Socorro de Ica

Delimitación temporal:

Desde el punto de vista de la duración del presente trabajo se llevó a cabo durante el mes de junio del 2015.

Delimitación conceptual:

La investigación permitió conocer los factores que influyen en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL**

¿Cuáles son los factores que influyen en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro?

1.3.2. Problemas Secundarios

PS.1. ¿Es la edad gestacional al ingreso del CPN un factor que influye en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro?

PS.2. ¿Es el área de procedencia un factor que influye en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro?

PS.3. ¿Es el nivel de escolaridad de la madre gestante un factor que influye en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes

a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro?

PS.4. ¿Son los conocimientos sobre la importancia del CPN un factor que influencia en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro?

PS.5. ¿Son las condiciones de accesibilidad un factor que influencia en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro?

PS.6. ¿Es la oportunidad de la asignación de la cita un factor que influencia en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro?

PS.7. ¿Son las barreras de accesibilidad en el hospital socorro un factor que influencia en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro?

PS.8. ¿Es la satisfacción con la atención recibida un factor que influencia en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro?

PS.9. ¿Es la evaluación de las actividades de CPN en el hospital socorro un factor que influencia en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores que influyen en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OE.1. Identificar si la edad gestacional al ingreso en el CPN es un factor que influye en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro.

OE.2. Identificar si área de procedencia es un factor que influye en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro.

OE.3. Identificar si el nivel de escolaridad de la madre gestante es un factor que influye en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro.

OE.4. Identificar si el conocimiento sobre la importancia del CPN es un factor que influye en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro.

OE.5. Identificar si las condiciones de accesibilidad son un factor que influye en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro.

OE.6. Identificar si la oportunidad de la asignación de la cita es un factor que influencia en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro.

OE.7. Identificar si las barreras de accesibilidad en el hospital socorro son un factor que influencia en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro.

OE.8. Identificar si la satisfacción con la atención recibida es un factor que influencia en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro.

OE.9. Identificar si la evaluación de las actividades del CPN en el hospital socorro es un factor que influencia en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro.

1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

No aplica

1.6. VARIABLES DE ESTUDIO:

Factores que influyen en la adherencia a los CPN

1.7. Operacionalización de las variables

Indicadores	Definición operacional	Tipo	Escala de medición	Instrumento	Fuente
1. Edad gestacional al ingreso en el CPN	Medir la edad gestacional de la madre gestante, cuando ingresa al programa de control pre natal.	Cuantitativa	Discreta	Cuestionario	Madre gestante del CPN del hospital Socorro.
2. Área de procedencia	Lugar de origen o donde reside la madre gestante del programa de CPN	Cualitativa	Nominal	Cuestionario	Madre gestante del CPN del hospital Socorro.
3. Nivel de escolaridad de la madre gestante.	Medir el grado de escolaridad de la madre gestante del programa de CPN	Cualitativa	Nominal	Cuestionario	Madre gestante del CPN del hospital Socorro.
4. Conocimiento sobre la importancia del CPN	Medir el nivel de conocimientos sobre la importancia del CPN	Cualitativa	Nominal	Cuestionario	Madre gestante del CPN del hospital Socorro.
5. Condiciones de accesibilidad.	Medir las condiciones para que la madre gestante se adhiera al CPN	Cualitativa	Nominal	Cuestionario	Madre gestante del CPN del hospital Socorro.
6. Oportunidad de la asignación de la cita.	Medir si las citas para el CPN son oportunas para la madre gestante del programa.	Cualitativa	Nominal	Cuestionario	Madre gestante del CPN del hospital Socorro.
7. Barreras de accesibilidad en el hospital socorro.	Medir las dificultades que encuentra la madre gestante del programa para adherirse al CPN.	Cualitativa	Nominal	Cuestionario	Madre gestante del CPN del hospital Socorro.
8. Satisfacción con la atención recibida	Medir el nivel de satisfacción de la madre gestante del programa de CPN con la atención recibida por el personal.	Cualitativa	Nominal	Cuestionario	Madre gestante del CPN del hospital Socorro.
9. Evaluación de las actividades del CPN en el hospital socorro.	Medir la evaluación de las actividades del CPN en el hospital socorro por parte de la madre gestante.	Cualitativa	Nominal	Cuestionario	Madre gestante del CPN del hospital Socorro.

1.8. Diseño de la Investigación

1.8.1. Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo aplicada; este tipo de investigación también recibe el nombre de práctica o empírica. Se caracteriza porque busca la aplicación o utilización de los conocimientos que se adquieren. La investigación aplicada se encuentra estrechamente vinculada con la investigación básica, pues depende de los resultados y avances de esta última.

1.8.2. Nivel de Investigación

Prospectivo; en este tipo de diseño la recolección se realiza luego de planificarse el estudio. Este estudio posee una característica fundamental, es la de iniciarse con la exposición de una supuesta causa, y luego seguir a través del tiempo a una población determinada hasta determinar o no la aparición del efecto.

1.8.3. Método

Científico, deductivo, pues se investiga dentro del protocolo científico.

1.9. Población y muestra de la investigación

1.9.1. Población

La población estuvo compuesta por las gestantes a término que en el mes de junio acudieron a atenderse en el Hospital Santa María del Socorro, el tamaño de la población fue de 144 gestantes.

1.9.2. Muestra

El tamaño de la muestra es 144, está fue seleccionada mediante la técnica del muestreo por conveniencia.

1.10. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

1.10.1 Técnicas

Previa autorización del personal del centro obstétrico se tomaron los datos necesarios para la investigación. Una vez obtenido el consentimiento Informado verbal de cada una de las pacientes, se procedió a entrevistar a las gestantes a partir de la cual se obtuvo la información.

La encuesta se aplicó en la salas de espera de los consultorios externos del nosocomio en un momento tranquilo para la gestante. La entrevista fue realizada por la investigadora.

1.10.2 Instrumentos

Se aplicó un cuestionario con preguntas orientadas a obtener las variables en estudio (Ver anexos). La validación del instrumento estuvo a cargo del asesor metodológico designado por la universidad quien opinó en forma favorable sobre la pertinencia de instrumentos y la viabilidad de su aplicación.

1.11. Técnica de análisis de datos

La información se obtuvo a través de cuestionarios que se aplicaron a las mujeres gestantes que acudieron a atenderse de su parto.

Procesamiento y Análisis

Con los datos recogidos se realizó: Revisión crítica de la información recogida.

Tabulación de la información

Dato por dato a la luz del marco teórico y representado mediante tablas con las cifras obtenidas para estructurar el cuadro de resultados, graficar en EXCEL, analizar e interpretar los datos y estadísticas descriptivas.

1.12. Consideraciones Éticas

- Los resultados de la investigación se hará público a través de cualquier medio adecuado del que se disponga.
- Se protegió la identidad de los sujetos muestrales.
- Al revisar las encuestas se ha sido lo más imparcial posible.
- Se identificó el riesgo de causar daño, en el sentido de dar origen a una situación de desventaja, y el riesgo de hacer el mal, en el sentido de transgredir los valores.
- Se consideró que la evaluación ética siempre debe determinar el riesgo de que haya participantes o grupos que sufran estigmatización, prejuicio, pérdida de prestigio o autoestima o perjuicios económicos como resultado de tomar parte en un estudio.
- No se retuvo, desvirtuó ni manipulo los datos.

1.13. Justificación e Importancia de la Investigación

El cuidado al desarrollo del embarazo en forma temprana, periódica e integral disminuye sustancialmente el riesgo de muerte tanto materna como perinatal y propicia una adecuada atención del parto y por otro lado asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos en los periodos inmediatamente posteriores al nacimiento así como disminuye la incidencia de discapacidad por causa congénita. En todo esto juega un papel fundamental la información y conocimientos que posee la población de estudio que permite que se valore este problema y se tomen medidas preventivas al respecto.

Por lo señalado es indispensable realizar la investigación propuesta que aportará información de primera mano que permita identificar los factores que influyen en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a fin de revertir las condiciones adversas a ella.

Importancia.- Al no efectuar la investigación planteado no se va a dar una

sistematización en cuanto al control prenatal, tampoco se va a determinar los factores que inciden en la adherencia al control prenatal de las pacientes, por tanto se expone posibles complicaciones que pueden afectar el curso normal del embarazo, la salud de la madre y del recién nacido.

Adicionalmente si no se realiza ésta investigación no se hará conciencia de lo importante que es el control prenatal y todos sus beneficios por parte de la mujer embarazada y por tanto no se podrá prevenir las distintas complicaciones y se observará un incremento de la morbilidad tanto en la madre como en el feto y su consecuente alteración en su calidad de vida.

Este trabajo contribuirá a la prevención de complicaciones tanto en la mujer embarazada como en el feto/ recién nacido. Además ayudará a los servicios de salud a planificar propuestas para una mejor adherencia a las actividades del control prenatal en el Hospital Santa María del Socorro de la Ciudad de Ica.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

A nivel internacional

Carlos Villacis Vallejos, Diego Becerra Cornejo, Luis Negrete Kerguelen⁵ (Colombia-2012), en el estudio “ADHERENCIA AL CONTROL PRENATAL EN LA CLÍNICA DE GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE ENGATIVA DE BOGOTÁ COLOMBIA, 2012”, refieren que la adherencia al control prenatal de las gestantes adolescentes fue significativamente mayor en el grupo que asistió a la clínica de gestantes adolescentes. Así como el cumplimiento de las recomendaciones para el control prenatal, sin embargo, las pruebas estadísticas no dieron significancia a las diferencias; se considera que se debe al tamaño de la población de estudio.

Patricia Lasso Toro⁶ (Colombia-2012), en el estudio “ATENCIÓN PRENATAL: ¿TENSIONES O RUTAS DE POSIBILIDAD ENTRE LA CULTURA Y EL SISTEMA DE SALUD?, informa que se insiste en la generación de procesos educativos al interior del Sistema de Salud acerca del lugar de la interculturalidad y su consideración en los procesos de evaluación, intervención y acompañamiento, en este caso, de los programas de atención materno infantil.

⁵ Adherencia al control prenatal en la clínica de gestantes adolescentes del hospital de Engativa de Bogotá. Carlos Villacis Vallejos, Diego Becerra Cornejo, Luis Negrete Kerguelen. Universidad Nacional De Colombia. Departamento de Obstetricia Y Ginecología. Bogotá, Colombia. 2012. <http://core.kmi.open.ac.uk/download/pdf/11056099.pdf>

⁶ Lasso Toro, Patricia. Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud? Pensamiento Psicológico, vol. 10, núm. 2, 2012, pp. 123-133 Pontificia Universidad Javeriana. Cali.

Lucy Poffald, M, Macarena Hirmas, Ximena Aguilera, Jeanette Vega, MC, María José González, L Gabriel Sanhueza⁷,(Chile-2013), en el estudio BARRERAS Y FACILITADORES PARA EL CONTROL PRENATAL EN ADOLESCENTES: RESULTADOS DE UN ESTUDIO CUALITATIVO EN CHILE, indican que la presencia de facilitadores es determinante para el ingreso oportuno y mantenerse en control, ya que reduce o anula el efecto de las barreras. El sistema de salud debe constituirse en un facilitador que acompañe desde muy temprano a las adolescentes favoreciendo un vínculo de confianza y respeto.

Ramiro Córdoba, Lina Paola Escobar, Lyda Lucero Guzmán (Argentina-2012), en el estudio FACTORES ASOCIADOS A LA INASISTENCIA AL PRIMER TRIMESTRE DEL CONTROL PRENATAL EN MUJERES GESTANTES DE LA ESE SAN SEBASTIÁN DE LA PLATA, HUILA, 2009, consideran que Los principales factores de riesgo sociodemográficos asociados al inicio tardío de los controles prenatales en la ESE San Sebastián del Municipio La Plata Huila en el periodo de tiempo estudiado fueron: ser gestante adolescente, estado civil soltera, bajo nivel educativo. El principal factor de riesgo gineco-obstétrico asociado al inicio tardío a los controles prenatales fue determinado por las mujeres que tenían entre cuatro a seis embarazos previos. Se encontró asociación estadística entre el inicio tardío de los controles y el hecho de no tener servicios médicos de seguridad social, condición que se comporta como factor de riesgo.

Jumbo Díaz, César Patricio (Ecuador-2012), en el estudio FACTORES ASOCIADOS A LA INASISTENCIA DE LOS CONTROLES PRENATALES EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA PARROQUIA BARBONES EN LOS MESES DE JULIO 2011 A

7.Poffald Lucy, Hirmas Macarena, Aguilera Ximena, Vega Jeanette, González María José, Sanhueza Gabriel. Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2013 Dic [citado 2015 Feb 04]; 55(6): 572-579. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013001000006&lng=es.

MARZO 2012, informan 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. 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.

Chambi Ayala, Víctor Seberiano (Bolivia-2013), en el estudio FACTORES CULTURALES QUE INFLUYEN EN LA ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL AL CENTRO DE SALUD DE BELLA VISTA DE LA RED SUR DE LA CIUDAD DE LA PAZ , refiere que La edad de las asistentes al centro de salud de Bella Vista para el control prenatal está comprendida entre los 30 a 33 años cuyo porcentaje es mayor en comparación con el área rural, debido a la concientización de ser atendido por un profesional sin menospreciar la participación de la medicina alternativa (o persona conocida en la medicina tradicional). Si bien las pacientes del área urbana tienen mayor y mejor accesibilidad a los servicios de salud, por la complementación de las vías de comunicación y la corta distancia, en el área rural la asistencia está muy cerca del 50%. Ahora el nivel educativo resulta determinante para que las personas cuiden su salud, a esto se añade el periodo de gestación (un momento privilegiado) y el estado civil de las pacientes lo que las concientiza para acudir a un centro médico y recibir los servicios de un profesional.

Enríquez Bautista, M⁸ (Ecuador-2013), en el estudio

8. Factores que inciden en la adherencia al control prenatal en mujeres gestantes en el subcentro de salud del Cantón Quero Provincia de Tungurahua en el período agosto 2012 - marzo 2013". Enríquez Bautista, Marco Vinicio. <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/5872>

FACTORES QUE INCIDEN EN LA ADHERENCIA AL CONTROL PRENATAL EN MUJERES GESTANTES EN EL SUBCENTRO DE SALUD DEL CANTÓN QUERO PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO AGOSTO 2012 - MARZO 2013, refiere que los principales factores que inciden son el lugar de procedencia, el tiempo y la ocupación y el nivel de educación, además que la mayoría de embarazadas solo acuden de 1-3 veces al control prenatal, que su primer control lo realizan a las 12 semanas de gestación y no desde el primer mes de embarazo, que no reciben suficiente información sobre los beneficios de acudir periódicamente al control prenatal por lo que el rol desempeñado por parte del servicio de salud se lo realiza de forma incompleta.

Angélica Cuello Salcedo, Jorge Luis Zabaleta Egea (Colombia-2012), en el estudio EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE MAHATES DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2012, indican que En las actividades de demanda inducida aplicadas al grupo de estudio donde se encontraron los siguientes hallazgos negativos:

1. Ausencia de registro de suministro de elementos informativos a la gestante.
2. Ausencia de funcionario al interior de la institución encargado de realizar llamadas telefónicas para seguimiento a la asistencia al control prenatal por parte de las gestantes.

Lozano Cuadros, Alix. Cal Flores, Alba. Molina Bueno Heydi (Venezuela-2011), en el estudio FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL EN LAS GESTANTES CAPTADAS EN LA ESE HOSPITAL INTEGRADO SABANA DE TORRES, determinaron que existen condiciones de accesibilidad que no permiten que la gestante acuda al control prenatal, dentro de la cual se

encuentran la dificultad para conseguir transporte, falta de dinero y la ubicación del hospital. Las filas de espera, los documentos requeridos para solicitar la cita se hallaron como barreras y un porcentaje significativo de gestantes refirió tener conocimiento acerca de la importancia del control prenatal.

Tinoco Loja, Jaime Eliazar (Ecuador-2011), en el estudio FACTORES LIMITANTES PARA EL CONTROL PRENATAL PERIÓDICO Y OPORTUNO EN LAS EMBARAZADAS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE-LOJA, PERIODO FEBRERO-AGOSTO 2011, refiere que las principales causas para que las gestantes no acudan a sus controles son el hecho de vivir muy lejos, en un 35% de los casos, y el tener que dejar a sus hijos en casa, en un 23% de las ocasiones, la necesidad de madrugar mucho para tomar un turno en un 15%, mala atención por el personal de enfermería en un 7%. Con este estudio se identificó que las dificultades principales corresponden a problemas de movilidad hacia el centro de salud y a la forma ineficiente en que se organiza la atención en el mismo; a la vez que se proponen iniciativas que coadyuvan a mejorar las condiciones del cuidado gestacional.

Cadena Salgado L. (Ecuador-2010), en el estudio FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL CONTROL PRENATAL EN MUJERES DE LOS BARRIOS DE TANGUARIN Y SANTO DOMINGO DE LA PARROQUIA DE SAN ANTONIO DE IBARRA EN EL PERIODO NOVIEMBRE DEL 2009 AGOSTO DEL 2010, manifiesta que los factores con mayor incidencia en la adherencia al control prenatal en mujeres de los barrios de Tanguarin y Santo Domingo de la parroquia de San Antonio de Ibarra son culturales, étnicos, socioeconómicos, educativos, y de percepción de la calidad de atención del Sub Centro de Salud. Fue de gran satisfacción personal al observar la importancia de la problemática, revelando hallazgos pretéritos de actividades prácticas y costumbres, de mujeres de dichos

barrios, se tomó en cuenta al Sub Centro de Salud como unidad de atención más cercana del sector.

Reintería Córdova, Sandra (Colombia-2010), en el estudio EVALUACION DE LA ADHERENCIA A GUIAS DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL, EN EL CAFESALUD (CAFI) SAN JUAN IPS, PRIMER SEMESTRE DEL 2010, manifiesta que se encontró un ponderado de cumplimiento de la guía en la cita de preingreso al control prenatal del 76% y en las citas de control del 62% y se determinó que en el primer trimestre de gestación la cita de preingreso es crítica con el menor porcentaje de adherencia a la guía.

A nivel nacional

Carolina Blossiers (Lima-2010), en el estudio INTERACCIÓN ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LAS JÓVENES EMBARAZADAS DURANTE EL CONTROL PRENATAL: UN ESTUDIO CUALITATIVO, indica que la interacción entre el personal de salud y las jóvenes embarazadas varía según el sexo del personal de salud y tiene significados diferentes para las gestantes, por lo que debe tenerse en cuenta esta información para mejorar la atención en el control prenatal de las adolescentes.

Chambe Vildoso, Jennifer Sandra (Puerto Maldonado-2012) , en el estudio PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DEL CONTROL PRENATAL POR LA USUARIA EXTERNA EN EL CENTRO DE SALUD JORGE CHAVEZ Y CENTRO DE SALUD NUEVO MILENIO DE PUERTO MALDONADO, EN EL AÑO 2012, refiere que la percepción de la calidad de atención en las gestantes en ambos centros de salud está por encima de la mitad del porcentaje en general, lo que demuestra que la atención no es mala pero que si debe seguir mejorando.

Claudia Arispe, Mary Salgado, Giuliana Tang, Carmen

González, José Luis Rojas (Lima-2011), en el estudio FRECUENCIA DE CONTROL PRENATAL INADECUADO Y DE FACTORES ASOCIADOS A SU OCURRENCIA, manifiestan que la tasa de control prenatal inadecuado sigue siendo elevada. No se puede hablar de efectividad cuando la gran mayoría de gestantes acude por primera vez a CPN pasado el primer trimestre de gestación y más aún cuando no se sigue un orden coherente y ordenado de visitas.

Juan Miguel Ponce Loza , Esperanza Doraliza Melgarejo Valverde , Yolanda Micaela Rodríguez Barreto , Diana Gissela Guibovich Arroyo (Ancash-2012), en el estudio FACTORES ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL, indican que existen factores de riesgo externos, demográficos, económicos y culturales que se asocian con el incumplimiento del control prenatal.

Oscar Munares, García ⁹ (Lima-2013), en el estudio FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO AL CONTROL PRENATAL EN UN HOSPITAL DEL MINISTERIO DE SALUD PERÚ, manifiesta que El residir en barrio marginal, aumenta el riesgo de abandono, el considerar el control prenatal importante, no tener dificultades por quehaceres domésticos, recibir los servicios completos, coordinar entre los servicios, programar citas y tener calidad adecuada del control prenatal reducen la probabilidad de abandono.

A nivel local

GUILLERMO YUPANQUI BETTY MARISOL (Ica- 2013), en el estudio "CALIDAD DE ATENCION EN EL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LA TINGUIÑA - ICA, MARZO 2013", indica La Percepción física de la calidad de la atención ofrecida en el centro de salud la Tinguña - es una de las dimensiones de

⁹ Revista Peruana de Epidemiología, Artículo Original. Munares-García O. Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. Rev. Perú. epidemiol. Vol 17 No 2 Agosto 2013

mayor % de insatisfacción con el 54.4 %. La percepción de las usuarias sobre la falta de comodidad brindada por el centro de salud, está relacionada con la atención de mala calidad.

Las usuarias están satisfechas con la Prestación de Servicio en un 72.1% se considera la dimensión más aceptadas por las usuarias, el profesional de salud muestra interés por brindarles un servicio de calidad pero con un 27.9% que se encuentran insatisfechas de acuerdo al tiempo que les dedico para la consulta, esta fue muy corta.

La Velocidad de respuesta sobre la calidad de atención se encontró que el 52.4% estuvieron insatisfechas, en el cual las debilidades de esta dimensión son: el tiempo de espera, atención en el horario establecido, información sobre el tiempo para obtener el servicio y resolver dudas.

El 57.7% de las usuarias se encuentran satisfechas de acuerdo a la dimensión de Seguridad. Entonces existe evidencia para aceptar como buena la calidad de atención en esta dimensión.

En el estudio realizado se encontró que el 53.6% de la empatía estuvieron insatisfechas y el 46.4% satisfechas. Se calificó que la relación interpersonal de médico y paciente es insatisfecha por lo cual, no sienten confianza ni confían en el profesional de salud.

La investigación reveló que la mayoría de las pacientes se encuentran insatisfechas con la calidad de atención que se brinda en el control prenatal por lo cual se debe mejorar para que las usuarias queden satisfechas con el servicio prestado.

2.2. Bases Teóricas

El concepto de cuidado prenatal ha formado parte de la obstetricia durante más de 100 años fue introducido en Europa en 1900 y ahora hace parte de casi todos los servicios de salud del mundo. En sus inicios los esfuerzos se centraban en identificar síntomas indeseados del

embarazo como la cefalea o los edemas ahora el objetivo es mejorar el resultado perinatal y disminuir las complicaciones maternas¹⁰

En el mundo cada año mueren aproximadamente 500.000 mujeres a causa del embarazo, el parto y el puerperio. El 99% de estas muertes sucede en países en desarrollo. En América Latina y el Caribe

Se denomina control prenatal al cuidado de la salud de la madre y del niño por nacer, tiene como finalidad obtener un producto de la concepción vigoroso, nacido a término, de peso adecuado, buscando que la madre se encuentre sana y en condiciones de criar a su bebé. El inicio del control prenatal debe ser precoz, es decir que la primera consulta médica se realice durante el primer trimestre del embarazo, así, las mujeres de canalización oportuna tienen un control prenatal más completo comparadas con las que son captadas tardíamente.

A las gestantes que no se les realiza el paquete de acciones de Promoción y Prevención, se presume que tienen mayor riesgo de presentar complicaciones no detectadas o de hacerlo tardíamente y probabilidad aumentada de ser remitidas durante el embarazo por patologías que afecten a la madre y/o al feto, tales como restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), bajo peso al nacer, infantes pretérmino o gestantes con infecciones, estados hipertensivos y metabólicos entre otros, con menor posibilidad de solución exitosa. El periodo prenatal es también un tiempo oportuno para apoyar a la mujer sobre cambios de comportamientos que podrían mejorar la experiencia prenatal y el posparto temprano, mediante el curso psicoprofiláctico que está incluido dentro de las actividades prenatales¹¹

La OMS en el año 2003 evaluó una estrategia de sólo 4 visitas en un

10. Noguera A. Evaluación de la calidad de la atención del programa de control prenatal a partir de la atención brindada a las usuarias en el centro de salud suroccidente de la ESE Popayan Enero de 2011 – junio de 2011

11. Cáceres Manrique F. El control prenatal: Una reflexión urgente. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 60 N° 2. 2009

componente básico de cuidado prenatal para las mujeres que no requieren cuidados especiales basada en un formulario de clasificación y una visita adicional en el posparto no hubo diferencias en el resultado perinatal ni en la mortalidad materna con este número reducido de visitas con respecto al control prenatal rutinario con hasta 12 visitas. Esto nos hace pensar que no es sólo el número de controles prenatales sino la calidad de los mismos puede impactar en la mortalidad materna¹²

Factores de riesgo paciente

Es importante obtener la información de la edad materna, nivel educacional, estado civil, actividad laboral como trabajos con esfuerzo físico importante, etc ya que todo esto también influye en el bienestar de la actual gestación.

En definitiva es importante conocer todas las condiciones o factores preexistentes que incrementan la probabilidad de complicación o daño en el embarazo actual.

Factores de riesgo servicios de salud La atención del desarrollo del embarazo en forma temprana, periódica y de ser posible integral, disminuye el riesgo de muerte tanto materna como perinatal y propicia una adecuada atención del parto.

Control prenatal

El control prenatal (CPN) se define como el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el nacimiento y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.

¹² Moya Plata D. 2010 Ingreso temprano al Control Prenatal en una Unidad Materno – Infantil

Es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre el feto y la familia.

Los objetivos del control prenatal son:

1. Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y del niño.
2. Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal.
3. Aliviar molestias y síntomas menores del embarazo.
4. Preparar a la embarazada para el nacimiento y la crianza del recién nacido.
5. Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
6. Detectar alteraciones en la salud materna y fetal¹³

Características del control prenatal

Para que el control prenatal pueda garantizar resultados favorables para la salud materna fetal es necesario que sea precoz, periódico, completo y de alta cobertura.

a) Precoz: Debe iniciarse en el primer trimestre del embarazo en cuanto se haya diagnosticado el embarazo para establecer sin temor a dudas la fecha probable de parto y las semanas de gestación, para posibilitar las acciones de prevención y promoción de la salud y detectar factores de riesgo.

b) Periódico: Para favorecer el seguimiento de la salud materna y fetal es necesario que la mujer asista a sus consultas programadas de manera periódica. La continuidad en las consultas prenatales permitirá efectuar acciones de promoción a la salud y de educación para el nacimiento. También favorecerá la identificación oportuna de factores de riesgo y el seguimiento de problemas de salud materna o fetal que se hayan identificado así como el efecto de los tratamientos establecidos para recuperar su

¹³ Programa Nacional Salud de la mujer Guía Perinatal 2014. Subsecretaría de Salud Pública

tratamiento.

c) Completo: Las consultas prenatales deben ser completas 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.

Tomando en cuenta a la salud integral de la mujer embarazada: Examen general de la gestante. Examen y evaluación del embarazo y crecimiento del producto. Atención nutricional. Atención odontológica. Atención sobre inmunizaciones. Atención en salud mental. Atención social y visitas domiciliarias si es que las necesita.

Educación para la salud y sobre todo acerca de los factores relacionados con el embarazo.

Actividades del control prenatal

La atención integral de la mujer gestante de bajo riesgo durante el control prenatal debe ser realizada en conjunto por el médico general (1ra consulta) y el obstetra; en caso de no detectarse alguna anomalía la paciente deberá ser remitida al obstetra para valoración y seguimiento en sus controles pre-natales posteriores. No se ha demostrado que mejore la calidad de atención en este grupo de pacientes si el cuidado primario es realizado directamente por el obstetra. De acuerdo a la normatividad nacional se considera como mínimo 6 atenciones prenatales, la primera valoración ha de hacerse lo más tempranamente posible idealmente en las primeras semanas de gestación, dos atenciones antes de las 22 semanas, la tercera entre las 22 a 24 semanas, la cuarta entre las 27 a 29 semanas, la quinta entre las 33 a 35 semanas, la sexta entre las 37 a 40 semanas.

Aunque idealmente se recomienda 13 controles pre-natales, en los siguientes intervalos, hasta el 7mo mes deberá de cumplir la gestante con sus controles mensualmente, en el 8vo mes, será quincenal, y en el último mes de gestación lo realizará semanalmente.

La frecuencia del control prenatal tiene en cuenta las características particulares de la atención en salud en el país sin desconocer otros modelos de atención propuestos con un menor número de consultas hasta de 5 controles prenatales sin diferencias significativas con relación al resultado materno y perinatal aunque con un posible menor grado de satisfacción de las gestantes respecto de la atención prestada.

Anamnesis

Antecedentes personales: médicos, quirúrgicos, traumáticos y tóxico-alérgicos. Es importante hacer énfasis en las patologías que haya presentado la paciente durante los seis meses previos y la gestación, sus complicaciones y los tratamientos recibidos. En caso de enfermedades crónicas, el pronóstico durante la gestación es más favorable cuando las pacientes han estado asintomáticas por seis meses antes del embarazo y no presentan ningún daño en órgano o sistema. En caso de ser necesaria la medicación de la paciente durante la gestación, en lo posible ésta debe adecuarse en los seis meses previos al embarazo y preferirse la más efectiva y menos teratogénica.

Durante el embarazo la suspensión o cambio de una medicación debe ser individualizada a las condiciones de la paciente y a la edad del embarazo.

Hábitos: nutricionales, actividad física, sexualidad, patrón de sueño, tabaquismo, alcoholismo, consumo de sustancias psicoactivas, abuso de fármacos en general; exposición a tóxicos e irradiación y otros¹⁴.

En general durante el embarazo es recomendable la realización de ejercicio de intensidad moderada y no se encuentran contraindicadas las relaciones

¹⁴ Programa Nacional Salud de la mujer Guía Perinatal 2014. Subsecretaría de Salud Pública

sexuales.¹⁵ Debe evitarse el consumo de tabaco, alcohol y drogas psicoactivas por el potencial daño al feto. El tabaquismo se ha asociado a parto pretérmino y bajo peso al nacer y el consumo de alcohol con un mayor riesgo de aborto y el síndrome de alcoholismo fetal caracterizado por restricción en el crecimiento fetal, alteraciones de la conducta, anomalías craneofaciales y defectos cardíacos y del sistema nervioso central.

La mayoría de las mujeres pueden continuar trabajando evitando el ejercicio extremo o la exposición a elementos teratogénicos biológicos, químicos o físicos.

Valoración de condiciones psicosociales: la ansiedad materna severa y constante durante el embarazo (tensión emocional, humor depresivo y síntomas neurovegetativos), un inadecuado soporte familiar, la violencia doméstica y la no aceptación del embarazo son factores que pueden afectar negativamente la gestación.

Antecedentes ginecológicos: menarquia, características de los ciclos menstruales, fecha de la última menstruación, edad de inicio de las relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, métodos de planificación familiar utilizados, enfermedades de transmisión sexual, historia o tratamiento de infertilidad y cirugías ginecológicas practicadas.

Antecedentes obstétricos: número de embarazos y características de los mismos, complicaciones obstétricas y perinatales previas, vía del parto, períodos intergenésicos, fecha de la finalización del último embarazo, intervalos intergenésicos y estado de salud de los recién nacidos.

Hay que tener en cuenta que en la mayoría de los casos los antecedentes adversos obstétricos tienden a presentarse en la nueva gestación con mayor frecuencia a la de la población general.

Antecedentes familiares: hipertensión arterial crónica, pre-eclampsia,

¹⁵ Nassif. Obstetricia: Fundamentos y enfoque práctico 2012

eclampsia, cardiopatías, diabetes, enfermedades metabólicas, autoinmunes, infecciosos (tuberculosis, HIV, ETS) o congénitas, gestaciones múltiples y otros¹⁶

Gestación actual: determinación de la edad gestacional e identificación de factores de riesgo y enfermedades propias de la gestación. En general siempre debe hacerse énfasis al inicio de la consulta en los siguientes signos y síntomas: Para hipertensión inducida en el embarazo: aumento marcado de peso, hipertensión arterial, cefalea, epigastralgia, tinnitus y edema de predominio matutino en cara, manos o miembros inferiores. Para amenaza de parto pretérmino y ruptura prematura de membranas: amenorrea, actividad uterina, poliuria, disuria, leucorrea. Para la hemorragia de la primera o segunda mitad del embarazo: sangrado genital. Para alteración del bienestar fetal: disminución marcada de movimientos fetales o ausencia de ellos. Otros: tolerancia a la vía oral y el patrón del sueño¹⁷.

Examen físico

El examen físico en la primera consulta prenatal debe ser completo para una valoración integral de la paciente. En las siguientes consultas en las gestantes de bajo riesgo se hará mayor énfasis en el examen obstétrico.

Evaluación del peso: la evaluación se hace teniendo en cuenta la talla, el peso previo a la gestación y la ganancia de éste en el embarazo. Durante la gestación siempre se debe ganar peso para garantizar el crecimiento adecuado del producto de la gestación, entre 7 a 18 kg dependiendo del peso previo materno

Un peso materno previo a la gestación anormal dado por un índice de masa corporal mayor o igual a 30 o menor a 18 así como la anormalidad en la

¹⁶ Williams. Obstetricia, 23ed – 2013 medamezcua.com/category/libros/ginecología

¹⁷ Cabero Roura, Cabrillo Rodríguez. Tratado de Ginecología y Obstetricia. 2º Tomos 2013 2º Edición

ganancia de peso durante la gestación a pesar de su baja sensibilidad diagnóstica deben alertar al clínico en caso de un aumento anormal a un mayor riesgo de diabetes gestacional e hipertensión inducida en el embarazo; y en el bajo peso a un mayor riesgo de restricción del crecimiento intrauterino.

Evaluación de la tensión arterial: la toma de la tensión debe realizarse en condiciones de reposo con la paciente sentada su brazo derecho colocado al nivel del corazón usando un brazalete adecuado al diámetro de éste. En estas condiciones toda paciente con una cifra sistólica mayor o igual a 140 mmHg o una cifra diastólica mayor o igual a 90 mmHg debe ser valorada a fin de descartarle un trastorno hipertensivo.

Evaluación de la altura uterina: la medición de la altura uterina del borde superior de la sínfisis púbica al fondo uterino cuando se tiene una edad gestacional confiable es una manera indirecta de valorar clínicamente el crecimiento fetal.

Evaluación de la frecuencia cardíaca fetal: la evaluación de la frecuencia cardíaca fetal por auscultación es posible realizarla a partir de la semana 20 a la 22 y es útil para confirmar la vitalidad del feto. Normalmente la frecuencia cardíaca fetal se encuentra en un rango de 120 a 160 latidos por minuto, para su cuantificación se recomienda el conteo de los latidos cardiacos durante 5 segundos y multiplicarlos por 12.

Evaluación de la situación y presentación fetal: en el tercer trimestre clínicamente podemos determinar la situación y presentación del feto con las maniobras de Leopold. En embarazos normales se recomienda su realización a la semana 36 y en caso de la sospecha de una situación transversa u oblicua o una presentación en pelvis la realización de una ecografía obstétrica para su confirmación.

Exámenes paraclínicos básicos del control prenatal.

De acuerdo al criterio médico podrán solicitarse exámenes adicionales si las condiciones de salud de la paciente o el feto lo ameritan.

Hemoglobina – hematocrito

Es necesario garantizar una concentración de hemoglobina mayor o igual a 11 mg/dl durante el embarazo para asegurar un adecuado aporte de oxígeno al feto y al final de la gestación para una mejor tolerancia de la madre al sangrado durante el parto. Por ello se recomienda su evaluación por trimestres, siendo en el primer control prenatal y en la semana 28, momentos adecuados para el inicio del tratamiento en caso de presentar anemia la gestante.

Detección de sífilis

Por ser una enfermedad de fácil diagnóstico y eficaz tratamiento se recomienda la realización a toda mujer embarazada de una prueba no treponémica al inicio del embarazo y otra en el momento del parto tipo VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) o RPR (Rapid Plasma Reagin). Todo valor positivo requiere ser estudiado a fin de descartar la enfermedad.

Detección de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV)

Debe ofrecérsele a toda las gestantes la prueba de tamizaje para HIV al inicio del embarazo porque un adecuado tratamiento disminuye la probabilidad de transmisión vertical de la infección al feto de un 15-45 al 1-2%

Detección de la infección por hepatitis B

Ha de brindársele a toda las gestantes la prueba de tamizaje con el antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) al inicio del embarazo puesto que la inmunización temprana del recién nacido disminuye la probabilidad de

transmisión vertical de la infección al feto por ejemplo el riesgo de transmisión vertical de la infección en madres con una antígeno e positivo desciende del 85% al 2,4 %.

Detección de la diabetes gestacional

La prueba de tamizaje de elección es el test de O'Sullivan (la glicemia a la hora poscarga de 50 gr de Glucosa previo ayuno de 2 horas) a toda paciente con un valor mayor o igual a 130 mg/dl debe realizársele una prueba diagnóstica para confirmar o descarta la enfermedad. La prueba se indica a todas las gestantes entre las semanas 28 a 32 de gestación y antes en la primera consulta prenatal a las pacientes consideradas de alto riesgo para diabetes como la paciente obesa (con un índice de masa corporal mayor a 30 kg/m²) con antecedentes de un bebé con un peso mayor o igual a 4.500 gr o diabetes gestacional previa o una historia familiar con parientes en primer grado de diabetes.

Detección de la bacteriuria asintomática

La bacteriuria asintomática se presenta en un 3 a 5% de las mujeres gestantes y su tratamiento ha demostrado que disminuye significativamente el riesgo de pielonefritis y bajo peso al nacer por lo que su diagnóstico es preciso descartarlo en todas las gestantes con la toma de un urocultivo en las semanas 12 a 16 de gestación. El examen se considera positivo cuando se encuentra un recuento mayor o igual a 100.000 cfu/ml.

Ecografía obstétrica

En embarazos de bajo riesgo con un desarrollo normal el mejor momento para realizar una ecografía obstétrica es entre las 20 a 24 semanas por permitir confirmar la edad gestacional, el número de fetos, descartar anomalías congénitas y determinar la ubicación de la placenta. En el primer y

tercer trimestre del embarazo estaría indicada en cualquier momento la ecografía cuando se sospeche alguna alteración en el embarazo, idealmente entre las semanas 11 y 14 para la detección de cromosopatías, como trisomía 21, 18 y 13, a través de la translucencia nucal y la detección de otros marcadores cromosómicos diagnosticados ecográficamente, como la evaluación del hueso nasal, y onda “a” anormal, doppler color al ductus venoso. De igual forma cuando al inicio del embarazo no se conoce la fecha de la última regla a las 32 semanas para confirmar el diagnóstico de placenta previa y a las 36 semanas para confirmar el diagnóstico de una presentación en pelvis o una situación transversa por maniobras de Leopold.

Citología cervical y Papanicolaou

En mujeres que no tengan una citología reciente debe tomárseles este examen en la primera visita e informarles acerca de la importancia de su realización periódica. También llamada citología exfoliativa o citología vaginal, se realiza para diagnosticar el cáncer cervicouterino.

El objetivo de esta prueba consiste en encontrar los cambios de las células del cuello uterino que son precursoras del cáncer, antes de que empiecen a causar síntomas y permitiendo que los tratamientos sean eficaces. El cáncer cervicouterino es una enfermedad 90 % prevenible, si la prueba de Papanicolau se realiza regularmente

MICRONUTRIENTES E INMUNIZACIÓN

Micronutrientes

La gestante que ingiere una dieta balanceada no requiere de una suplementación adicional de micronutrientes excepto de ácido fólico. El ácido fólico disminuye el riesgo de malformaciones del tubo neural en el feto por ello se recomienda su administración durante los 3 meses previos a la concepción y

las primeras 12 semanas de gestación. La dosis recomendada es de 4 mg/día en mujeres con antecedentes de hijo con Inmunización

Durante el embarazo no se contraindica la inmunización pasiva de la madre y ésta debe considerarse de acuerdo con sus circunstancias particulares.

Tétano y difteria: con el propósito de prevenir el tétano neonatal las gestantes que no hayan sido vacunadas en los diez último años deben recibir en el 2° o 3er trimestre antes de las 36 semanas 2 dosis con un intervalo mínimo de 4 semanas entre ellas y un refuerzo posterior a los 6 meses después de la última dosis. Y para las pacientes que no hayan sido inmunizadas en los 5 años anteriores se recomienda una dosis de refuerzo.

Influenza: la vacuna con influenza inactivada no se contraindica en el embarazo y se indica en períodos de epidemia.

Hepatitis B: la vacunación no está contraindicada en el embarazo y sí indicada para las pacientes consideradas en alto riesgo de adquirir la infección.

Fiebre amarilla: teniendo en cuenta el balance de riesgo-beneficio se recomienda a las gestantes no inmunizadas no viajar a zonas de alta prevalencia de fiebre amarilla, su vacunación después de la semana 26 previa información. La vacuna por ser de virus atenuados se contraindica en el primer trimestre¹⁸

Organización de las consultas prenatales

Existen diversos esquemas de visitas prenatales que señalan las acciones que deben de hacerse y el número de visitas a realizar sin embargo el establecimiento de un modelo de atención con un número de visitas prenatales para embarazos de bajo riesgo en instituciones de salud es de suma importancia con la finalidad de garantizar la salud como un resultado

¹⁸ Cabero Roura, Cabrillo Rodríguez. Tratado de Ginecología y Obstetricia. 2° Tomos 2013 2° Edición

óptimo tanto para la madre y su Hijo (a)

Criterios y procedimientos para la prestación del servicio recomienda que la mujer tenga un promedio de 5 consultas prenatales programadas de la siguiente manera:

Primera visita en el primer trimestre

Segunda visita: de la 22 a la 24 semana

Tercera visita: de la 27 a la 29 semana

Cuarta visita: de la 33 a la 35 semana

Última visita: de la 38 a la 40 semana.

Intervenciones:

1. Es necesario que reciban suplementación con hierro en gran parte de nuestra población la ingesta no alcanza para cubrir los requerimientos de hierro durante el embarazo. Se estima que más del 30% de las embarazadas están por debajo de los valores normales de Fe (11g/dl). Esta cifra es la considerada por la OMS para recomendar la suplementación universal con hierro a todas las embarazadas. La dosis diaria es de 60 mg de hierro elemental¹⁹

2. También se debe llevar a cabo la administración de ácido fólico en el período preconcepcional y en el primer trimestre del embarazo. La suplementación periconcepcional de folatos reduce la incidencia de defectos del tubo neural. La dosis diaria es de 400 mg.

Enseñar a la mujer acerca de:

La alimentación la cual deberá ser:

Completa: es decir que contenga alimentos de los tres grupos:

1. cereales y tubérculos,
2. frutas y verduras; y

¹⁹ Dirección General de Epidemiología Unicef 2009.

3. productos de origen animal y leguminoso.

Variada: deberá incluir diferentes alimentos de cada grupo para que la dieta no se vuelva monótona y se obtengan todos los nutrimentos que necesita su cuerpo para funcionar y satisfacer sus necesidades y las del feto.

Equilibrada: que los nutrimentos que le proporcionan los alimentos de los grupos antes mencionados los consuman en las proporciones que necesita su cuerpo.

Inocua: que el consumo habitual de los alimentos no implique riesgos para la salud que sean higiénicos y que no estén descompuestos o contengan algún agente patógeno.

Suficiente: que aporte la cantidad de energía y nutrimentos de acuerdo a sus necesidades sin que tenga deficiencias pero sin caer tampoco en los excesos.

Adecuada: acorde a sus gustos, cultura y necesidades específicas. Debe consumir alimentos ricos en energía y proteínas así como aquellos que contienen vitaminas y minerales principalmente calcio, hierro, ácido fólico y yodo.

a) Hidratación: Se recomienda que disminuya el consumo de oxígeno y que ingiera de 1.5 a 2.0 litros de agua al día.

b) Eliminación: Se pide la ingesta de dos litros de líquidos realizar ejercicio físico, comer alimentos con alto residuo como piña, manzana, papaya y en caso necesario, un laxante como papaya o jugo de ciruela.

c) Actividad física prenatal: Se propone que realice caminata tres veces a la semana durante 30 minutos.

d) Actividad Sexual: Se sugiere disminuir la frecuencia de la actividad sexual durante el primer y último trimestre. Debe evitarse en los casos en que existe amenaza de aborto o parto prematuro. Enfatizar el uso de preservativo para disminuir el riesgo de adquirir VIH o una ITS.

e) Postura física en la vida diaria: Mantener la cabeza y los hombros

centrados sobre la cadera así se mantiene la columna vertebral derecha. Al levantar algún objeto no doblar por la cintura sino doblar las caderas y las rodillas y levantarse con las piernas.

f) Solicitar a la mujer que registre cuando nota los primeros movimientos fetales.

g) Enseñarle los signos y síntomas de alarma y orientar a donde asistir para su atención.

h) Iniciar la preparación de la mujer para la lactancia.

3. Por último programar la siguiente consulta prenatal

Segunda consulta prenatal

La segunda visita prenatal debe de realizarse entre las semanas 22 a 24 de gestación. Se estima una duración aproximada de 20 minutos. Se debe realizar exploración física dirigida a la búsqueda de datos que indiquen la evolución normal del embarazo y la presencia de signos de alarma en donde se incluya la toma de la tensión arterial, ganancia de peso, altura del fondo uterino además de la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal.

Tercera consulta prenatal

La tercera consulta se deberá efectuarse entre la semana 27-29 y dependiendo de la valoración del riesgo. Se estima que se requerirán un promedio de 20 minutos. Si no asistió a la segunda visita la tercera visita también debería incluir todas las actividades de la segunda visita y la duración debería extenderse tanto tiempo como sea necesario.

Acciones:

Corroborar la fecha probable de parto y obtener las semanas de gestación.

1. Valorar el peso materno

2. Valorar la presión arterial

3. Realizar las maniobras de Leopold y poner mayor atención en la posición,

presentación y situación del feto.

4. Medir la altura uterina
5. Valorar por palpación los movimientos fetales
6. Investigar la presencia de signos y síntomas de alarma
7. Valorar el riesgo perinatal durante la evolución del embarazo.

Cuarta consulta prenatal

La cuarta consulta se deberá efectuarse entre la semana 33 a 35 y dependiendo de la valoración del riesgo. Se estima que se requerirán un promedio de 20 minutos.

Acciones:

Corroborar la fecha probable de parto y las semanas de gestación.

1. Valorar el peso materno
2. Valorar la presión arterial
3. Realizar las Maniobras de Leopold. Es importante ubicar con claridad la situación, posición y presentación fetal ya que se acerca la fecha probable de parto.
4. Medir la altura uterina y poner énfasis en la cuarta maniobra.
5. Valorar la frecuencia cardíaca fetal
6. Valorar por palpación los movimientos fetales
7. Revisar biometría hemática y el examen general de orina
8. Investigar la presencia de signos y síntomas de alarma
9. Valorar el riesgo perinatal durante la evolución del embarazo.
10. Investigar las expectativas de la mujer y de su familia con relación al nacimiento.

Intervenciones:

1. Continuar con la administrando hierro.
2. Continuar con las actividades de promoción a la salud señaladas en la primera visita prenatal y reforzar los signos y síntomas de alarma.
3. Iniciar con ellos la integración de un plan de nacimiento el cual consiste en

tomar decisiones acerca de: lugar de nacimiento, quién la acompañará, cómo se trasladarán, que deben de llevar al hospital, como registrar sus contracciones, etc.

4. Enfatizar la enseñanza de los datos que indican el inicio del trabajo de parto.

Ultima consulta prenatal

La quinta visita se ubicará entre las y la última 38 a la 40 semanas y dependiendo de la valoración del riesgo. Se estima que se requerirán un promedio de 30 minutos.

Acciones:

1. Corroborar la fecha probable de parto y obtener las semanas de gestación.
2. Valorar el peso materno
3. Valorar la presión arterial
4. Realizar las Maniobras de Leopold. Es importante que ubicar con claridad la situación, posición y presentación fetal y altura de la presentación ya que se acerca la fecha probable de parto.
5. Medir la altura uterina
6. Valorar la frecuencia cardiaca fetal
7. Valorar por palpación los movimientos fetales.
8. Valorar la pelvis (pelvimetría clínica) si hay dudas solicita la valoración por otro profesional.
9. Revisar los resultados de la biometría hemática y examen general de orina.
10. Investigar la presencia de signos y síntomas de alarma
11. Valorar el riesgo perinatal durante la evolución del embarazo
12. Investigar las expectativas de la mujer y de su familia con relación al nacimiento.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO:

Implica una experiencia racional o cognoscitiva, definida en términos de discrepancia percibida entre aspiraciones y logros, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio.

Está subordinada a numerosos factores como las expectativas, valores morales, culturales, necesidades personales, retribuciones esperadas, información recogida de otros usuarios y de la propia organización sanitaria, Estos elementos condicionan que la, satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en diferentes circunstancias.

Hay dos criterios comúnmente esgrimidos que suponen un obstáculo a la orientación de los servicios sanitarios al cliente y a la satisfacción de sus necesidades y preferencias. El primero de ellos es pensar que el servicio sanitario se debe dirigir satisfacer las necesidades de salud con la atención médica que los expertos consideran preciso, y dejar las demandas y preferencias del usuario a segundo plano. El segundo es creer que los consumidores no pueden evaluar correctamente la calidad técnica de la atención médica, existe la creencia que los usuarios valoran distintas y enfrentada a las valoradas por los profesionales sanitarios, con lo cual se contraponen la satisfacción de los clientes a la calidad intrínseca de la asistencia sanitaria.

Sin embargo, ambos criterios no son enteramente correctos, los consumidores de los servicios sanitarios tienen necesidades que dan lugar a demandas de la atención médica y son reveladoras de las preferencias del consumidor. Por otra parte se ha comprobado que los usuarios correlacionan su grado de satisfacción con la calidad intrínseca de la atención médica.

El objetivo de la calidad global es satisfacer las necesidades de los usuarios. Un profesional o una institución sanitaria competente podrá satisfacer al usuario porque satisfará adecuadamente sus necesidades. El conocimiento

de la opinión del cliente sobre los servicios recibidos es una vía para mejorar la calidad de las prestaciones.

CALIDAD PERCIBIDA:

La calidad percibida considera al cliente como único juez, el usuario evalúa el servicio global y el resultado de esta evaluación es el grado de calidad percibida. Es la impresión que los usuarios tienen sobre la idoneidad de un producto para satisfacer sus expectativas.

2.3 Definición de Términos Básicos

CONTROL PRENATAL.- Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. Para que la atención prenatal sea exitosa, ésta debe ser oportuna, periódica y completa²⁰

EDAD GESTACIONAL AL INGRESO EN EL CPN

La edad gestacional es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Un embarazo normal puede ir desde 38 a 42 semanas.

ÁREA DE PROCEDENCIA

Aluden al punto de origen de una persona,

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA MADRE GESTANTE.

Nivel de educación de una población determinada.

²⁰Aller, J Pagés G. Ginecología. 2005 Tercera edición. Editorial Mc Graw Hill. Cap. 2, pag 1-13

CONOCIMIENTO SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CPN

El control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan acondicionar la morbilidad materna y perinatal, el control prenatal brinda beneficios para la gestante y el feto,

CONDICIONES DE ACCESIBILIDAD.

Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

No discriminación; accesibilidad física; accesibilidad económica (asequibilidad); acceso a la información.

OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE LA CITA.

Ya que la atención por el médico general es la más importante y frecuente puerta de entrada al sistema, la oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios, así que el tiempo de respuesta de los prestadores es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe.

BARRERAS DE ACCESIBILIDAD EN EL HOSPITAL SOCORRO.

Dificultades que se presentan en el acceso al programa de control pre natal en el hospital socorro de Ica.

ACCESIBILIDAD AL TRANSPORTE

La accesibilidad es la cualidad de fácil acceso para que cualquier persona, incluso aquellas que tengan limitaciones en la movilidad, en la comunicación o el entendimiento, pueda llegar a un lugar, objeto o servicio.

FILAS DE ESPERA

Con frecuencia, las empresas deben tomar decisiones respecto al caudal

de servicios que debe estar preparada para ofrecer. Sin embargo, muchas veces es imposible predecir con exactitud cuándo llegarán los clientes que demandan el servicio y/o cuanto tiempo será necesario para dar ese servicio; es por eso que esas decisiones implican dilemas que hay que resolver con información escasa.

DOCUMENTOS SOLICITADOS PARA ASIGNAR CITAS

Agendar una cita para acceder a la prestación de los servicios de salud de acuerdo con las necesidades del usuario.

SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA

La satisfacción es un componente integral de la calidad en los servicios de salud.

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL CPN EN EL HOSPITAL SOCORRO.

Es la medición de las consecuencias deseables o indeseables de una acción psicosocial ejecutada para facilitar la obtención de metas perseguidas por el sujeto.

DEFINICIÓN DE CALIDAD:

La calidad se ha definido en términos generales desde el campo de la industria como las características del producto o servicio que satisfacen las necesidades del consumidor.

La definición que la OMS da de calidad es "alto nivel de excelencia profesional usando eficientemente los recursos con un mínimo de riesgos para el paciente, para lograr un alto grado de satisfacción de las necesidades de este y produciendo un impacto final positivo en salud"(3). En salud es aplicable el esquema de estructura, proceso y resultados, propuesto por A. Donabedian.

CAPÍTULO III:

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

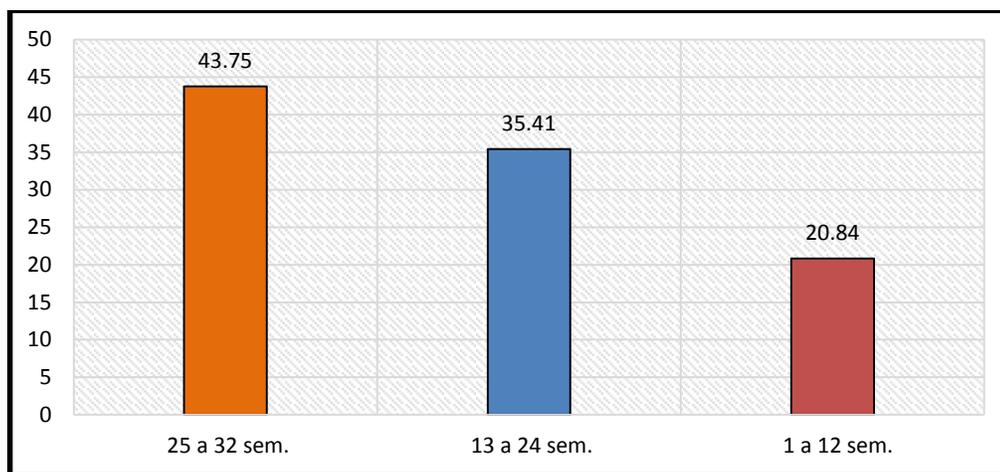
3.1. Análisis de Tablas y Gráficos

Tabla N°01: Edad gestacional al ingreso al CPN

Semanas de gestación al ingreso	Frecuencia	Porcentaje
25 a 32 sem.	63	43.75
13 a 24 sem.	51	35.41
1 a 12 sem.	30	20.84
Total	144	100.00%

Fuente: Data de resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario sobre factores que inciden en la adherencia al control prenatal.

Gráfico N°01: Edad gestacional al ingreso al CPN



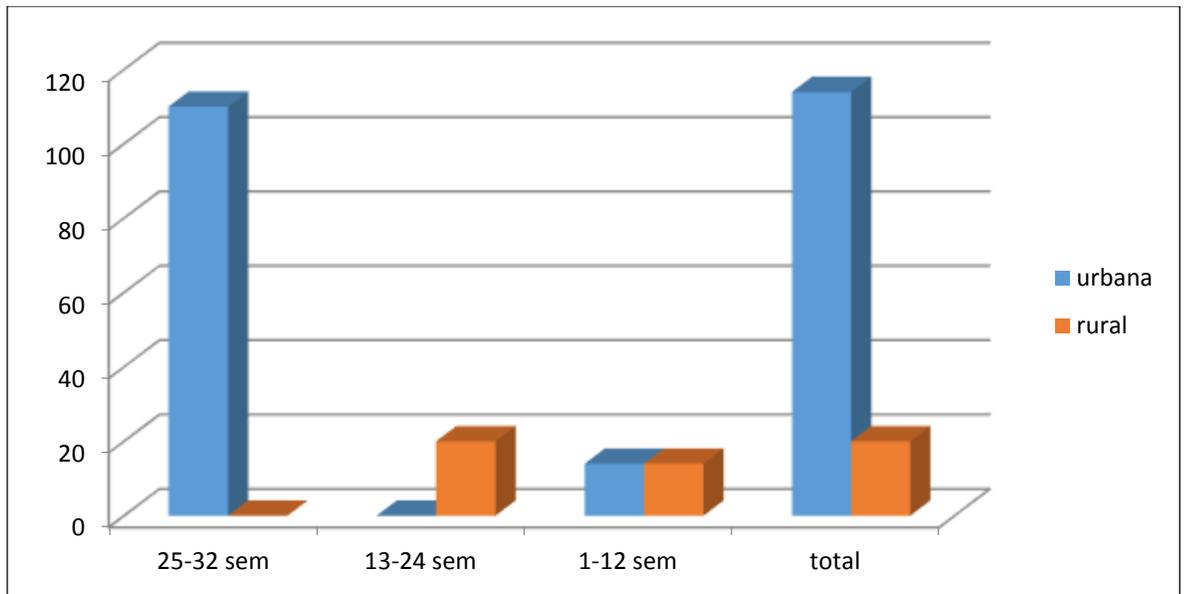
Como se observa en el gráfico un 43.75% de madres gestantes ingresaron al CPN en el Hospital Socorro entre 25 a 32 semanas de gestación, lo cual es un factor que considero influye en la adherencia a los controles prenatales; un 35.41% ingresaron con 13 a 24 semanas de gestación y 20.84% ingresaron con 1 a 12 semanas de gestación.

Tabla N°02: Área de procedencia

Área de procedencia	Urbana	Rural	Total	Porcentaje %
25 a 32 sem.	110	0	110	76.38
13 a 24 sem.	0	20	20	13.90
1 a 12 sem.	14	0	14	9.72
			144	100.00%

Fuente: Data de resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario sobre factores que inciden en la adherencia al control prenatal.

Gráfico N°02: Área de procedencia



Fuente: Data de resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario sobre factores que inciden en la adherencia al control prenatal.

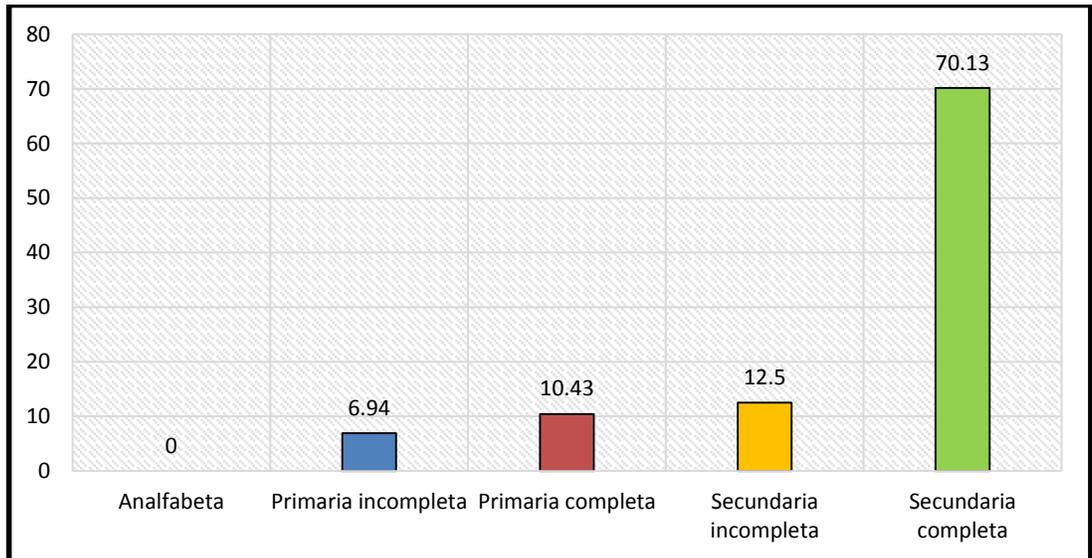
En el gráfico se observa que el 76.38% de las madres gestantes del CPN en el Hospital Socorro con 25 a 32 semanas de gestación provienen del área urbana, lo que considero un factor que influye en la adherencia a los controles prenatales el 13.90% de madres gestantes con 13 a 24 semanas de gestación provienen del área rural y el 9.72% de madres gestantes con 1 a 12 semanas de gestación provienen del área urbana.

Tabla N°03: Nivel de escolaridad de las madres gestantes

Nivel de escolaridad de las madres gestantes	Frecuencia	Porcentaje %
Analfabeta	0	0.0
Primaria incompleta	10	6.94
Primaria completa	15	10.43
Secundaria incompleta	18	12.5
Secundaria completa	101	70.13
Total	144	100.00%

Fuente: Data de resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario sobre factores que inciden en la adherencia al control prenatal.

Gráfico N°03: Nivel de escolaridad de las madres gestantes



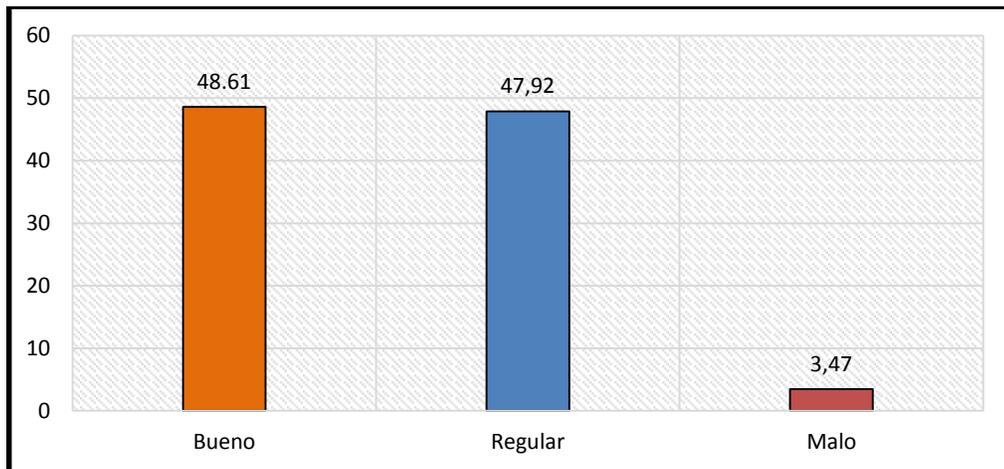
Según el gráfico el 70.13% de las madres gestantes de CPN en el Hospital Socorro presentan nivel secundario completo, lo que considero un factor que influye en la adherencia a los controles prenatales frente al 12.5% que presentan secundaria incompleta, en cuanto al nivel primario un 10.43% presentan nivel primario completa y un 6.94% presentan primaria completa, cero analfabetas entre las madres gestantes a término.

Tabla N°04: Conocimientos sobre la importancia del CPN

Conocimientos sobre la importancia del CPN	Frecuencia	Porcentaje %
Bueno	70	48.61
Regular	69	47.92
Malo	5	3.47
Total	144	100.00%

Fuente: Data de resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario sobre factores que inciden en la adherencia al control prenatal.

Gráfico N°04



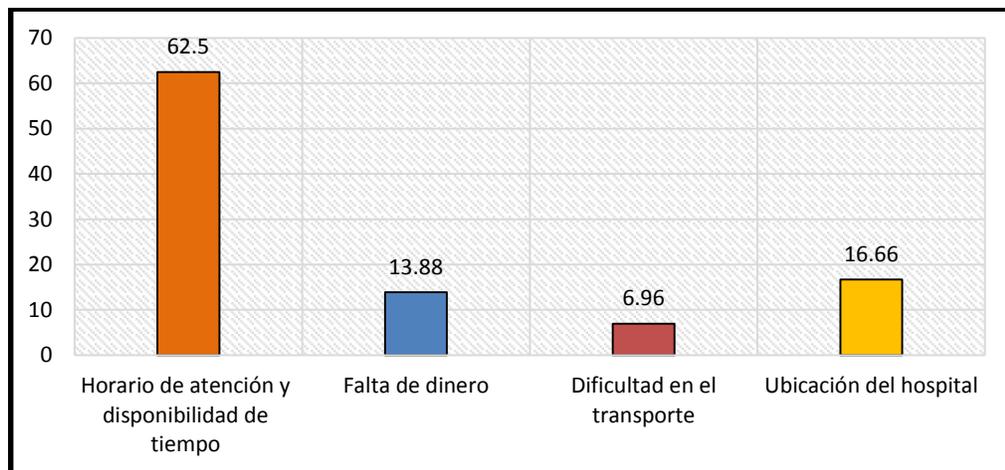
De acuerdo al gráfico respecto a sus conocimientos sobre la importancia del CPN un 48.61% considera que es bueno para el feto y la madre, lo que considero un factor que influye en la adherencia a los controles prenatales un 47.92% considera que es regular y un 3.47% considera que no tiene importancia en su gestación.

Tabla 05: Condiciones de accesibilidad para acudir al CPN

Condiciones de accesibilidad	Frecuencia	Porcentaje
Horario de atención y disponibilidad de tiempo	90	62.5
Falta de dinero	20	13.88
Dificultad en el transporte	10	6.96
Ubicación del hospital	24	16.66
Total	144	100.00%

Fuente: Data de resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario sobre factores que inciden en la adherencia al control prenatal.

Gráfico N°05: Condiciones de accesibilidad



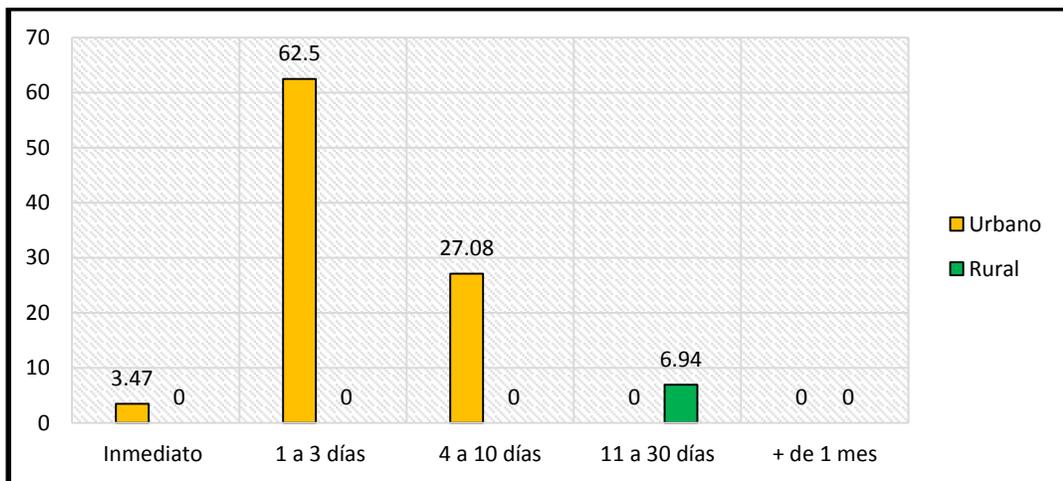
En el gráfico se observa que respecto a las condiciones de accesibilidad al control pre natal, un 62.5% no presenta inconvenientes para la accesibilidad por razones de horario de atención y disponibilidad de tiempo, lo que considero un factor que influye en la adherencia a los controles prenatales a un 16.66% se le dificulta la ubicación del hospital, un 13.88% presenta dificultades por la falta de dinero probablemente para movilizarse, y un 6.96 % encuentra dificultad en el medio de transporte, debido a la ubicación del hospital en el extremo sudeste de la ciudad.

Tabla N°06: Oportunidad de la asignación de la cita

Oportunidad de la asignación de la cita	Urbana	Porcentaje	Rural	Porcentaje
Inmediato	5	3.47	-	-
1 a 3 días	90	62.5	-	-
4 a 10 días	39	27.08	-	-
11 a 30 días	0	---	10	6.94
+ de 1 mes	0	-----	--	--
Total	134	93.06		+6.94= 100%

Fuente: Data de resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario sobre factores que inciden en la adherencia al control prenatal.

Gráfico N°06: Oportunidad de la asignación de la cita



Fuente: Data de resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario sobre factores que inciden en la adherencia al control prenatal.

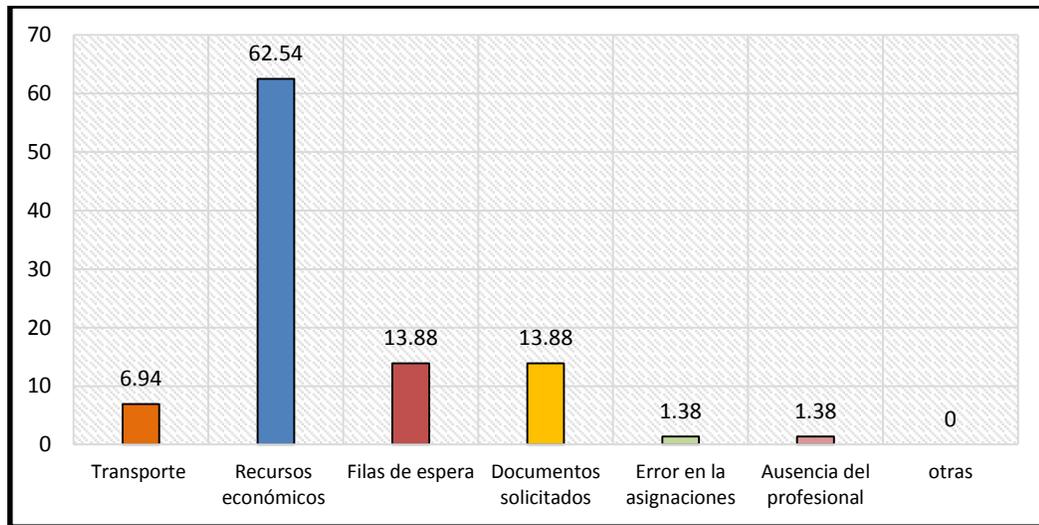
Respecto a la oportunidad de asignación de las citas, observamos que las madres gestantes del área urbana un 62.5% encuentra su asignación entre 1 a 3 días, por lo tanto si es un factor que influye en la adherencia a las actividades del CPN. Un 27.08% obtiene su asignación de cita entre 4 a 10 días, y un 3.47% lo obtiene de inmediato. Respecto a las madres gestantes del área rural un 6,94 % lo obtiene entre 11 a 30 días.

Tabla N°07: Barreras de accesibilidad en el Hospital Santa María del Socorro

Barreras de accesibilidad	Frecuencia	Porcentaje
Transporte	10	6.94
Recursos económicos	90	62.54
Filas de espera	20	13.88
Documentos solicitados	20	13.88
Error en la asignaciones	02	1.38
Ausencia del profesional	02	1.38
Otras	00	0.00
Total	144	100.00%

Fuente: Data de resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario sobre factores que inciden en la adherencia al control prenatal.

Gráfico N°07: Barreras de accesibilidad en el Hospital Santa María del Socorro



En cuanto a las barreras de accesibilidad que pueden influenciar en la accesibilidad al Hospital Santa María del Socorro, encontramos un 62.54% puede ser por la disponibilidad de recursos económicos, un 13.88% encuentra barreras en las filas de espera, otro 13.88% lo encuentra debido a los documentos solicitados, un 6.94% por las barreras de accesibilidad debido al transporte y movilidad, un 1.38 % encuentra barreras por error en las asignaciones de cita y otro 1.38% debido a la falta del profesional obstétrico. Ninguna manifiesta otros motivos. Las barreras de

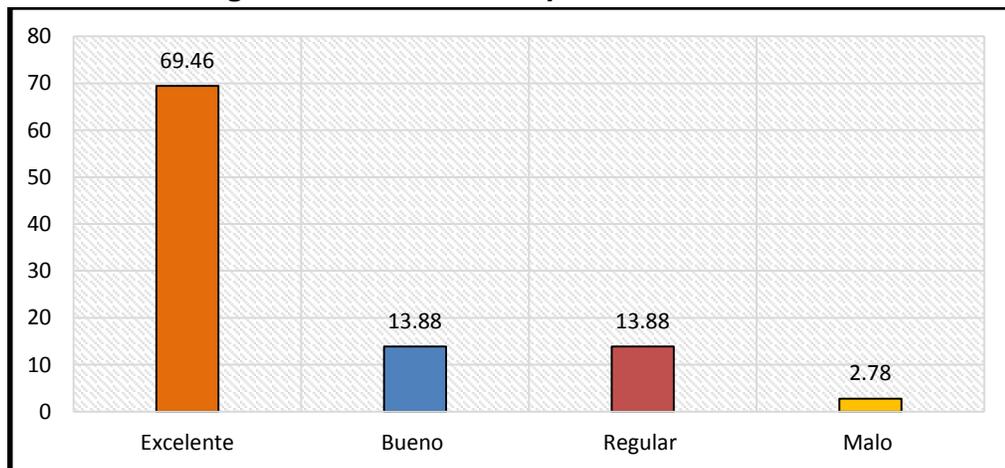
accesibilidad en el hospital socorro no son un factor que influencia en la adherencia a los controles prenatales.

Tabla N° 08: Satisfacción con la atención recibida por parte del personal encargado de CPN en el Hospital Santa María del Socorro

Satisfacción con la atención recibida	Frecuencia	Porcentaje %
Excelente	100	69.46
Bueno	20	13.88
Regular	20	13.88
Malo	04	2.78
Total	144	100.00%

Fuente: Data de resultados obtenidos de la aplicación de la encuesta para evaluar la satisfacción de la usuaria de CPN

Gráfico N°08 Satisfacción con la atención recibida por parte del personal encargado de CPN en el Hospital Santa María del Socorro



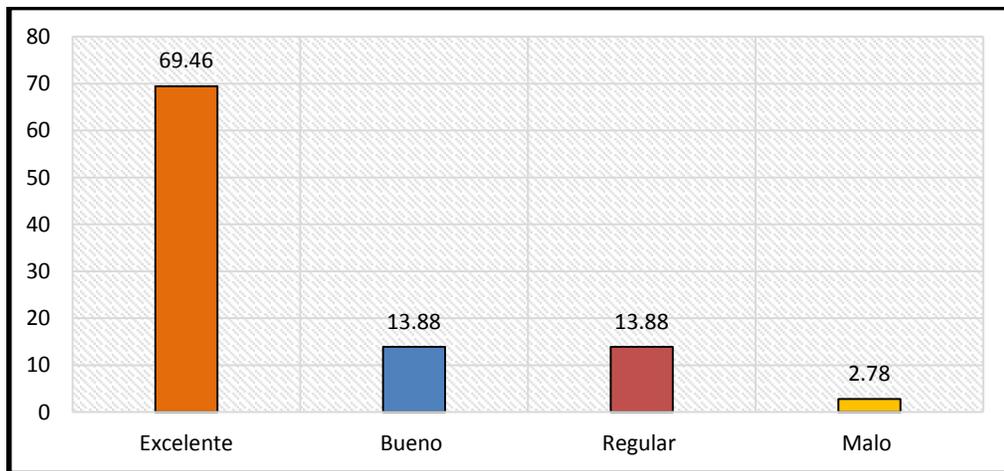
Respecto al nivel de la satisfacción con la atención recibida por las madres gestantes de control prenatal del Hospital Socorro de Ica, por parte del personal profesional que las atiende, un 69.46% lo califica de excelente, un 13.88% de las madres gestantes que acuden lo califica de bueno, frente al mismo porcentaje que lo califica de regular, y un mínimo porcentaje de 2.78% lo califica de malo. Por lo tanto si es un factor que influye en la adherencia a las actividades del CPN.

Tabla N°09: Evaluación del servicio de CPN en el Hospital Santa María del Socorro.

Evaluación de las actividades de CPN	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	100	69.46
Bueno	20	13.88
Regular	20	13.88
Malo	04	2.78
Total	144	100.00%

Fuente: Data de resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario sobre factores que inciden en la adherencia al control prenatal.

Gráfico N°09 Evaluación del servicio de CPN en el Hospital Santa María del Socorro



En cuanto a la evaluación de las actividades de CPN en el hospital Socorro de Ica, un 69.46% lo evalúa como excelente, un 13.88% de las madres gestantes que acuden lo evalúa como bueno, frente al mismo porcentaje que evalúa como regular, y un mínimo porcentaje de 2.78% evalúa como malo.

3.2. DISCUSIÓN

A continuación se realiza la discusión de los resultados considerando las hipótesis planteadas, el marco teórico relacionado a las variables de estudio, los antecedentes de investigación y los hallazgos propios de la investigación obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

Los hallazgos reflejan que los factores que influyen en la adherencia de los controles de las madres gestantes que acuden a atenderse en el hospital Socorro son: con respecto a la edad gestacional el 43.75% presenta entre 25 a 32 semanas, el 76,38% de madres gestantes provienen de la zona urbana; el 70.13% han culminado secundaria completa; el 48.61% manejan un buen nivel de conocimiento sobre la importancia de Centro Prenatal; el 62.5% no presenta inconvenientes para la accesibilidad por razones de horario de atención y disponibilidad de tiempo; también un 62.5% de las madres gestantes encuentra su asignación entre 1 a 3 días, por lo tanto si es un factor que influye en la adherencia a las actividades del CPN; el 62.54% consideran una barrera de accesibilidad hacia el control prenatal la disponibilidad de recursos económicos.

Estos resultados se contrastan con otras investigaciones entre ellos puede mencionar a Carlos Villacis Vallejos, Diego Becerra Cornejo, Luis Negrete Kerguelen (Colombia-2012), quienes demostraron en su investigación que la adherencia al control prenatal de las gestantes adolescentes fue significativamente mayor en el grupo que asistió a la clínica de gestantes adolescentes. Por otro lado Enríquez Bautista, M (Ecuador-2013) en su tesis determino que los principales factores que inciden son el lugar de procedencia, el tiempo y la ocupación y el nivel de educación, además que la mayoría de embarazadas solo acuden de 1-3 veces al control prenatal.

En cuanto a la información presentada en el marco teórico respecto a los factores que influyen en la adherencia a los controles prenatales el MINISTERIO DE SALUD (2014) señala que el control prenatal (CPN) es el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el nacimiento y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. Es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre el feto y la familia. Por otro lado con respecto a los factores de riesgo paciente es importante obtener la información de la edad materna, nivel educacional, estado civil, actividad laboral como trabajos con esfuerzo físico importante, etc. ya que todo esto también influye en el bienestar de la actual gestación.

Finalmente el 69.46% de madres gestantes opinan que la atención recibida por parte del personal encargado de Centro Prenatal en el hospital socorro es excelente.

3.3. CONCLUSIONES

1. La edad gestacional de mayor porcentaje es entre 25 a 32 semanas de gestación equivalente a 43.75% de la muestra de estudio, y es un factor que influye en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro.
2. Se ha logrado determinar que la mayor cantidad de madres gestantes que representan el 76.38% proviene del área urbana, este es un factor que influye en la adherencia a las actividades del CPN, por la facilidad en la accesibilidad al mismo.
3. El nivel de escolaridad es un factor que influye en la adherencia a las actividades del CPN, presentándose un nivel alto de madres gestantes (70.13%), con estudios de secundaria completa.
4. El conocimiento sobre la importancia del CPN si es un factor que influye en la adherencia a las actividades del control prenatal, que se refleja en la opinión del 48.61% de las madres gestantes quienes señalaron que la información que se conoce sobre el programa CPN es bueno.
5. Las condiciones de accesibilidad a las actividades del control pre natal, en un 62.5% no presenta inconvenientes en el horario de atención y disponibilidad de tiempo, por lo tanto si es un factor que influye en la adherencia a las actividades del CPN.
6. La oportunidad de asignación de las citas, observamos que las madres gestantes del área urbana un 62.5% encuentra su asignación entre 1 a 3 días, por lo tanto si es un factor que influye en la adherencia a las actividades del CPN.
7. Las barreras de accesibilidad en el Hospital Santa María del Socorro no son un factor que influencia en la adherencia a los controles prenatales en las

gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro.

8. El nivel de la satisfacción con la atención recibida por parte del personal que atiende las actividades del CPN (69.46%) si es un factor que influye en la adherencia al CPN.
9. El 69.46% de las madres gestantes a término opinan que el servicio de las actividades de atención prenatal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, es excelente.

3.4 RECOMENDACIONES

1. Difundir y ampliar la cobertura de controles prenatales pues existe un porcentaje significativo que llegan al final del embarazo sin ningún control prenatal, por lo que debe realizarse mayor actividad promocional.
2. Promover la captación de gestantes con bajo nivel instructivo a fin de brindar más tiempo en orientaciones es sobre lo benéficos de los controles prenatales, pues es un grupo vulnerable que pondría en riesgo su salud y la del neonato.
3. Al ministerio de salud a través de su órganos desconcentrados debería llevar a cabo acciones de proyección social con más frecuencias sobre todo orientadas a zonas rurales donde están las gestantes vulnerables a no tener controles prenatales.
4. Orientar por igual a cualquier edad de la gestante pues en tanto las adolescentes como las adultas pueden comprender adecuadamente la importancia de los controles prenatales.
5. Captar más gestantes a fin de que los controles prenatales sean en los primeros meses y poder prevenir muchas patologías.
6. Insistir en romper mitos arraigados de la gestante haciéndoles entender lo inocuo y favorable que es el control prenatal.
7. Dar a conocer a los responsables de los controles prenatales sobre la apreciación que tienen sus pacientes sobre la atención que brindan a fin de que mejores en las técnicas de llegar a ellas.
8. Brindar información a las mujeres gestantes sobre la importancia de asistir a los controles prenatales por el bienestar de ellas y los bebés.
9. Orientar sobre el cuidado que deben tener las madres gestantes en cuanto a su alimentación, controles de salud, ecografías etc.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ministerio de Salud. Avanzando hacia una maternidad segura en el Perú: Derecho de todas las mujeres. Lima, Perú: MINSA; 2006. disponible en URL:
<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Avanzando-Maternidad-Segura-Peru.pdf>
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES Continua 2009: Informe principal. Lima: INEI. disponible en URL: <http://desa.inei.gob.pe/endes/default.asp>
3. Díaz L. Embarazos en adolescentes en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Tesis para obtención de Grado de Bachiller. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2001.73 pp
4. Organización Panamericana de la Salud. Atención prenatal en atención primaria de la salud: Protocolo.
5. Adherencia al control prenatal en la clínica de gestantes adolescentes del hospital de Engativa de Bogotá. Carlos Villacis Vallejos, Diego Becerra Cornejo, Luis Negrete Kerguelen. Universidad Nacional De Colombia. Departamento de Obstetricia Y Ginecología. Bogotá, Colombia. 2012. <http://core.kmi.open.ac.uk/download/pdf/11056099.pdf>
6. Lasso Toro, Patricia. Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud? Pensamiento Psicológico, vol. 10, núm. 2, 2012, pp. 123-133 Pontificia Universidad Javeriana. Cali.
7. Poffald Lucy, Hirmas Macarena, Aguilera Ximena, Vega Jeanette, González María José, Sanhueza Gabriel. Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2013 Dic [citado

- 2015 Feb 04]; 55(6): 572-579. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013001000006&lng=es.
8. Factores que inciden en la adherencia al control prenatal en mujeres gestantes en el subcentro de salud del Cantón Quero Provincia de Tungurahua en el período agosto 2012 - marzo 2013". Enríquez Bautista, Marco Vinicio. <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/5872>
 9. Revista Peruana de Epidemiología, Artículo Original. Munares-García O. Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. Rev. Perú. epidemiol. Vol 17 No 2 Agosto 2013
 10. Noguera A. Evaluación de la calidad de la atención del programa de control prenatal a partir de la atención brindada a las usuarias en el centro de salud suroccidente de la ESE Popayan Enero de 2011 – junio de 2011
 11. Cáceres Manrique F. El control prenatal: Una reflexión urgente. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 60 N° 2. 2009
 12. Moya Plata D. 2010 Ingreso temprano al Control Prenatal en una Unidad Materno – Infantil
 13. Programa Nacional Salud de la mujer Guía Perinatal 2014. Subsecretaria de Salud Pública
 14. Programa Nacional Salud de la mujer Guía Perinatal 2014. Subsecretaria de Salud Pública
 15. Nassif. Obstetricia: Fundamentos y enfoque práctico 2012
 16. Williams. Obstetricia, 23ed – 2013
medamezcua.com/category/libros/ginecología

17. Cabero Roura, Cabrillo Rodríguez. Tratado de Ginecología y Obstetricia.
2° Tomos 2013 2° Edición
18. Cabero Roura, Cabrillo Rodríguez. Tratado de Ginecología y Obstetricia.
2° Tomos 2013 2° Edición
19. Dirección General de Epidemiología Unicef 2009.
20. Aller, J Pagés G. Ginecobstetricia. 2005 Tercera edición. Editorial Mc
Graw Hill. Cap. 2, pag 1-13

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: “Factores que influncian en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro-Ica”

Problemas	objetivos	Variabes de estudio	indicadores	Fuente
Problema principal	Objetivo general			
¿Cuáles son los factores que influncian en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro?	Determinar los factores que influncian en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro.	Factores que influncian en la adherencia a los CPN	1.edad gestacional al ingreso en el CPN 2.area de procedencia 3. nivel de escolaridad de la madre gestante. 4.Conocimiento sobre la importancia del CPN 5. condiciones de accesibilidad. 6. oportunidad de la asignación de la cita. 7. barreras de accesibilidad en el hospital socorro. 8.satisfaccion con la atención recibida 9. evaluación de las actividades del CPN en el hospital socorro.	Gestante atendida en el Hospital Socorro -Ica
Problemas secundarios	Objetivos específicos			
PS.1. ¿Es la edad gestacional al ingreso en el CPN un factor que influncia en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro?	OE.1. Identificar si la edad gestacional al ingreso en el CPN es un factor que influncia en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro.			
PS.2. ¿Es el área de procedencia un factor que influncia en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro?	OE.2. Identificar si área de procedencia es un factor que influncia en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro.			
PS.3. ¿Es el nivel de escolaridad de la madre gestante un factor que influncia en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro?	OE.3. Identificar si el nivel de escolaridad de la madre gestante es un factor que influncia en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro.			
PS.4. ¿Son los conocimientos sobre la importancia del CPN un factor que influncia en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro?	OE.4. Identificar si el Conocimiento sobre la importancia del CPN es un factor que influncia en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro.			
	OE.5. Identificar si las condiciones de			

<p>PS.5. ¿Son las condiciones de accesibilidad un factor que influencia en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro?</p> <p>PS.6. ¿Es la oportunidad de la asignación de la cita un factor que influencia en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro?</p> <p>PS.7. ¿Son las barreras de accesibilidad en el hospital socorro un factor que influencia en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro?</p> <p>PS.8. ¿Es la satisfacción con la atención recibida un factor que influencia en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro?</p> <p>PS.9. ¿Es la evaluación de las actividades de CPN en el hospital socorro es un factor que influencia en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro?</p>	<p>accesibilidad son un factor que influencia en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro.</p> <p>OE.6. Identificar si la oportunidad de la asignación de la cita es un factor que influencia en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro.</p> <p>OE.7. Identificar si las barreras de accesibilidad en el hospital socorro son un factor que influencia en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro.</p> <p>OE.8. Identificar si la satisfacción con la atención recibida es un factor que influencia en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro.</p> <p>OE.9. Identificar si la evaluación del programa de CPN en el hospital socorro es un factor que influencia en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro.</p>			
---	---	--	--	--

“Factores que influncian en la adherencia a los controles prenatales en las gestantes a término atendidas en el mes de junio del 2015 en el Hospital Santa María del Socorro-Ica”

CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El cuestionario contiene preguntas que nos ayudarán a determinar factores que inciden en la adherencia al control prenatal en mujeres gestantes.

1. Edad gestacional al ingreso al CPN

Semanas de gestación al ingreso	
1 a 12 sem.	
13 a 24 sem.	
25 32 sem.	

2. Área de procedencia

Área de procedencia	Urbana	Rural
1 a 12 sem.		
13 a 24 sem.		
25 32 sem.		

3. Nivel de escolaridad de las madres gestantes

Nivel de escolaridad de las madres gestantes	
Analfabeta	
Primaria incompleta	
Primaria completa	
Secundaria incompleta	
Secundaria completa	

4. Conocimientos sobre la importancia del CPN

Conocimientos sobre la importancia del CPN	
Bueno	
Regular	
Malo	

5. Condiciones de accesibilidad

Condiciones de accesibilidad	Falta de dinero	Dificultad en el transporte	Ubicación del hospital

6. Oportunidad de la asignación de la cita

Oportunidad de la asignación de la cita	Urbana	Rural
Inmediato		
1 a 3 días		
4 a 10 días		
11 a 30 días		
+ de 1 mes		
Total		

7. Barreras de accesibilidad en el hospital socorro

Barreras de accesibilidad	Semanas de gestación	Filas de espera	Documentos solicitados	Error en la asignaciones	Ausencia del profesional	otras

8. Satisfacción con la atención recibida por parte del personal encargado del programa de CPN en el hospital socorro

Satisfacción con la atención recibida	
Excelente	
Bueno	
Regular	
Malo	
Total	

9. Evaluación del servicio de CPN en el Hospital Socorro

Evaluación de las actividades de CPN	
Excelente	
Bueno	
Regular	
Malo	
Total	