

UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

**FACTORES QUE CONDICIONAN LA ASISTENCIA AL
CONSULTORIO MATERNO INFANTIL PARA EL CONTROL
PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD LOMAS DE MADRID**

TESIS

**Como requisito para obtener el título de
LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA**

Presentan:

**VEGA CRUZ MARÍA ELODIA
GÁMEZ CÁZAREZ FORTUNATO**

Directora:

M.C.E. MARCELA PADILLA LANGURÉ

Hermosillo, Sonora

Noviembre 2013

Repositorio Institucional UNISON



"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

CONTENIDO

	Página
CAPITULO I INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II MARCO REFERENCIAL	4
Antecedentes	4
Salud reproductiva	6
Control prenatal	7
Sistemática del control prenatal	8
Atención de enfermería materno infantil	9
Funciones y actividades de la enfermera materno infantil	10
Estudios relacionados con la atención prenatal	12
Definición de términos	18
Planteamiento del problema	20
Objetivos	21
CAPITULO III METODOLOGÍA	22
Diseño del estudio	22
Población, muestreo y muestra	22
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	23
Procedimiento para la recolección de la información	24
Consideraciones éticas	25
CAPÍTULO IV RESULTADOS	27
CAPITULO V DISCUSIÓN	36
CONCLUSIÓN	38
RECOMENDACIONES	39

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
APENDICES	44
Apéndice 1 Encuesta de recolección de datos	45
Apéndice 2 Carta de consentimiento informado	47

Índice de Tablas	Página
Tabla 1 Ocupación y Estado Civil de las usuarias estudiadas que acuden al Centro de Salud Lomas de Madrid	28
Tabla 2 Edad y Nivel de Estudios de las usuarias estudiadas que acuden al Centro de Salud Lomas de Madrid	28
Tabla 3 Número de habitantes en el hogar de las usuarias encuestadas como factor de riesgo para llevar un control prenatal adecuado del Centro de Salud Lomas de Madrid	29
Tabla 4 Número de hijos de las encuestadas que acuden al Centro de Salud Lomas de Madrid	29
Tabla 5 Edad de los hijos de las usuarias encuestadas que acuden al Centro de Salud Lomas de Madrid	30
Tabla 6 Conocimiento de las mujeres que asisten al centro de salud Lomas de Madrid sobre la importancia del control prenatal	30
Tabla 7 Conocimientos de signos y síntomas de alarma durante el embarazo de las encuestadas que asisten al Centro de Salud Lomas de Madrid	31
Tabla 8 Referencia médica de las mujeres gestantes al consultorio Materno Infantil del centro de Salud Lomas de Madrid	31
Tabla 9 Conocimiento que tiene la usuaria respecto a que la atención del embarazo de bajo riesgo puede ser otorgada por la Enfermera Materno Infantil	32
Tabla 10 Inasistencia al control prenatal en el módulo de atención Materno Infantil del Centro de Salud Lomas de Madrid	32
Tabla 11 Control prenatal brindado por la Enfermera Materno Infantil a las embarazadas que acuden al centro de salud Lomas de Madrid en el período 2012-2013	33
Tabla 12 Edad y clasificación del control prenatal de las embarazadas que acuden al Centro de Salud Lomas de Madrid	33
Tabla 13 Motivo más frecuente de solicitud de servicio de atención en el Centro de Salud Lomas de Madrid	34
Tabla 14 Accesibilidad que tienen las usuarias para acudir al Centro de Salud Lomas de Madrid a control prenatal	34

Tabla 15 Usuarías que asisten al Centro de Salud Lomas de Madrid de acuerdo al área de influencia	35
Tabla 16 Percepción de las encuestadas de la calidad de la atención que reciben en el Centro de Salud Lomas de Madrid	35

RESUMEN.

María Elodia Vega Cruz

Fortunato Gámez Cázarez

Título del Estudio: **Factores que condicionan la asistencia al consultorio materno infantil para el control prenatal en el Centro de Salud Lomas de Madrid**

No. de páginas 48

Objetivo: El trabajo de investigación tuvo como propósito conocer cuáles son los factores que predisponen a las usuarias a no acudir a su control prenatal al módulo Materno Infantil del Centro de Salud Lomas de Madrid de Hermosillo Sonora. **El tipo de estudio** retrospectivo, descriptivo, corte transversal, el método utilizado fue la encuesta, se diseñó un instrumento de 19 preguntas para identificar la información. La población de interés fueron 140 mujeres usuarias con antecedentes ginecológicos de gesta (G) menor a un año y para (P) menor a un 18 meses. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, se seleccionaron para realizar encuesta vía telefónica a las mujeres que no acudieron a su control prenatal durante el periodo del año 2012 a mayo del 2013. **Resultados:** Los datos se tabularon con el programa SPSS 17 y se presentaron en cuadros. Las mujeres encuestadas se encuentran en edad reproductiva de 20 a 34 años (70%), se ubican de 20 a 24 años (36.4%), de 25 a 29 años (17.9%), son casadas un (24.2%), unión libre (50.7%), madres solteras el (22.8%), de la muestra 10.7 % refieren que el control prenatal no tienen importancia, el (51.4%) no son canalizadas al consultorio materno infantil, solo se les cita a consulta médica para el control prenatal. 68.6% de las usuarias desconocen que el control prenatal puede ser otorgado por una enfermera especialista EMI. **Conclusiones:** Se concluyó que en la muestra en estudios no consideran importante el control prenatal, que la mayoría aun se atienden con el médico por desconocimiento de que la enfermera materno infantil está capacitada para proporcionar un control prenatal adecuado, con la finalidad de modificar la incidencia de problemas durante el embarazo, parto y puerperio. Es necesaria la orientación y consejería de la EMI para educar a la gestante en cuanto a los signos y síntomas de alarma en el embarazo y prevenir en mayor medida la muerte materna e infantil.

Palabras claves: control prenatal, consultorio materno infantil y factores predisponentes

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Hace más de 30 años el comité experto en cuidados de maternidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió y delineó los objetivos correctos de los cuidados de maternidad, los cuales son: asegurar que todas las mujeres embarazadas tengan hijos sanos, conservar una buena salud y aprender el arte de cuidar de ellos.

México se encuentra entre los diez países con menores tasas de mortalidad materna en América Latina y el Caribe. No obstante, en comparación con el índice de desarrollo alcanzado por el país, los niveles de mortalidad materna deberían ser más bajos, lo que indica la necesidad de impulsar medidas para incrementar la cobertura y mejorar la calidad de atención durante el embarazo, parto y puerperio.

La mortalidad materna es reconocida como un problema de salud pública, además es un indicador que presenta mayor disparidad entre países desarrollados y en desarrollo como una expresión de igualdad que prevalece a través de los años, los esfuerzos realizados para mejorarla han sido amplios y variados. De acuerdo al panorama epidemiológico de las muertes maternas en México y Sonora, aun, cuando se han implementado algunas estrategias para disminuirlas, las cifras que se registran mantienen al estado en alerta, con fallecimientos por hemorragias, eclampsia y sepsis que oscilan entre 15 a 22 muertes durante los años de 1990 al 2007, con una media en edad para este último año de 25 años, con extremos en 15 y 45 años, resaltando que el 42.8% de las fallecidas no contaban con seguridad social, el 33.3% eran derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y el 14.2% de la

Secretaría de Salubridad y Asistencia de Sonora (SSA), entre las principales causas de muerte materna se encuentran hemorragias, eclampsia y sepsis SSA, (2008).

Dentro de los grupos más vulnerables en nuestra sociedad se considera el de materno infantil, la atención que se brinda aparentemente es insuficiente, ya que siguen registrándose muertes tanto en la madre en su proceso gestacional como en el menor de cinco años, lo cual requiere reforzar acciones de prevención, promoción y educación para la salud, con énfasis al auto cuidado de las mujeres en una de las etapas más importantes de su vida que es ser madre.

La mayoría de los riesgos obstétricos y los daños a la salud de la madre y del niño pueden ser detectados, prevenidos y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo con las actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de las prácticas que llevados a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Núñez, Urquiza., R. M. (2004).

Se considera que a pesar de la importancia de llevar un control prenatal adecuado y que este brinda beneficios tanto para la madre como para el feto, se muestra actitud de apatía en cuanto al cumplimiento o asistencia de manera irregular, evidenciado por las inasistencias a las consultas sucesivas por parte de las gestantes.

El siguiente estudio fue realizado en el Centro de Salud Lomas de Madrid de Hermosillo, Sonora perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria número 1, el cual brinda atención de primer nivel donde existe un consultorio materno infantil atendido por una especialista en Enfermería Materno Infantil (EMI), cuyo principal objetivo es brindar atención prenatal a la gestante de bajo riesgo, al igual que proporcionar orientación y consejería a la familia.

El trabajo que a continuación se presenta consta de cinco capítulos. El primero titulado introducción hace una breve reseña sobre el panorama actual del control prenatal a nivel mundial, nacional. El segundo capítulo expone sobre el marco referencial, antecedentes y se hace mención de datos estadísticos e investigaciones relacionadas y se definen los términos utilizados para el presente estudio.

El tercer capítulo aborda la metodología, diseño del estudio, la población, muestreo y muestra seleccionada; los instrumentos, y procedimientos de recolección de información, las consideraciones éticas y el análisis de datos empleados en esta investigación. El cuarto capítulo presenta los resultados. El capítulo final, denominado discusión, contrasta los hallazgos alcanzados en el presente trabajo con los referidos en el segundo capítulo, se indican las conclusiones concretadas y se hacen recomendaciones para estudios futuros.

CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL

Antecedentes

De manera especial en México, desde la etapa prehispánica la Ticitl (partera empírica), era la responsable de atender a la mujer en el embarazo, parto y puerperio y de dar los cuidados necesarios al recién nacido. Conforme las necesidades de atención fueron cambiando, esta práctica demandó de mayores conocimientos y técnicas propias de enfermería, por lo que fue necesario fusionar a la enfermería con la partería. El legado heredado por la Ticitl, así como su prestigio social fue un antecedente importante para que la enfermera partera tuviera una gran aceptación social durante varias décadas, tanto a nivel comunitario como institucional. Granados OPS (1999)

A partir de la creación de la figura de la enfermera partera y la incorporación de los conocimientos científicos, técnicos y los valores éticos derivados de la filosofía de la enfermería, su práctica se constituye en un ejercicio profesional, independiente y responsable, que contribuye a garantizar una atención perinatal de calidad, proporcionando los cuidados personalizados e integrales a través de instrumentar las etapas del Proceso de Atención de Enfermería (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación). Garza, Elizondo., M. Rodríguez, Casas., E. Villarreal, Ríos., A. Núñez, Rocha., M. (2003).

La enfermera materno infantil y obstétrica cuenta con una formación profesional que le permite comprender los factores que condicionan la calidad de vida, analizar la realidad y los problemas de salud reproductiva, para definir su participación en el desarrollo de estrategias y acciones que requieren estos problemas de salud. Así mismo está preparada para diseñar o

implementar los métodos para lograr una comunicación efectiva, con los usuarios de su servicio y con los grupos de trabajo profesionales a través de acciones independientes e interdependientes.

La salud materna es una de las prioridades de las instituciones del sector salud mexicano. Así se han establecido estrategias para la adecuada atención de la mujer durante el embarazo; derivado de ello se han creado los mecanismos para la evolución y el control de las acciones. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional, prevenir las complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil, la calidad de vida y adicionalmente contribuye a brindar una atención con mayor calidez. Pécora, San Martín & cols. (2008).

Por lo anterior se requiere reforzar aún más las actividades que se realizan en los eslabones ya establecidos de la atención materno infantil, durante el proceso de embarazo, parto y puerperio y atención del recién nacido, con la colaboración por parte del equipo multidisciplinario de un elemento muy importante como lo es enfermería materno infantil y obstetricia en cualquiera de los niveles donde se desenvuelve. Es necesario identificar todos aquellos factores que influyen en la baja cobertura de atención del embarazo, parto y puerperio, tales como educación, economía, cultura, acceso a los servicio de salud y disponibilidad del tiempo por parte de la madre, el trato hacia la paciente por parte del personal de salud, el material informativo institucional y la información brindada por el personal de salud durante el control prenatal, para cumplir con uno de los principales objetivos de la OMS “trabajar por una maternidad sana, sin riesgo”.

Salud reproductiva

La salud materna infantil queda englobada dentro de la salud pública. Luego la salud materna infantil es la parte cuyas actividades están encaminadas a atender a la población diaria; la finalidad es el nacimiento de un hijo sano en el seno de una familia capaz de criarlo adecuadamente (entorno familiar saludable) o sea promover un embarazo, parto y puerperio sin problemas (bienestar materno) esta será la base de la salud del adulto.

Salud reproductiva según la OMS se ha definido como “el estado de completo bienestar físico, mental, social no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción” sobre la base de esta definición se puede interpretar que el objetivo de la salud reproductiva no solamente es evitar que la madre y el producto enfermen o mueran durante el proceso de la gestación, sino que al mismo tiempo se lleve a cabo en un estado de completo bienestar físico, mental y social de la madre y el padre que permita la obtención de un recién nacido saludable. En esta etapa del proceso reproductivo se usa el concepto de riesgo perinatal, el cual sirve como un instrumento de predicción que, además de considerar los riesgos maternos incluye los riesgos para el recién nacido.

La forma para detectar estos riesgos es a través de la atención prenatal que se define como “la serie de contactos entrevistas o visitas programadas de la embarazada con alguno de los integrantes del equipo de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo del recién nacido”. En otras palabras la atención prenatal identifica a mujeres embarazadas que presentan ciertos factores que puede propiciar daño perinatal, lo que permite brindar una atención médica más cuidadosa durante la gestación y para lo cual existe una clasificación del riesgo perinatal en el embarazo

en base a los factores de riesgo detectados. De acuerdo a estos el embarazo se puede clasificar en riesgo bajo, riesgo medio y riesgo alto. Rivera & Hernández (2006).

Los problemas de salud han cambiado con respecto a los de hace algunas décadas, antes de la era antibiótica, había una gran morbilidad materno infantil debido a septicemias y problemas infecciosos en general. Sin embargo aparecen nuevos problemas que agravan o modifican la morbilidad: tabaco, alcohol, ejercicio físico, servicios sanitarios específicos para la mujer, hábitos de promoción de la salud y prevención de enfermedades, embarazos en adolescentes, abortos espontáneos y programados, madres mayores de 35 años y fertilidad disminuida.

La tasa de mortalidad materna la constituye el número total de muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en un tiempo determinado (1 año) entre el número de nacimientos vivos en ese año y multiplicado por 100 000. Los factores que influyen en la salud materna son ambientales, sociales, económicos y biológicos (edad, paridad. El papel de enfermería es contribuir para que la morbilidad materno infantil disminuya mediante medidas de promoción y prevención a la salud. La muerte materna se define según la 9^o revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y causas de defunción (1979) como “La muerte de una mujer durante el embarazo o durante los 42 días que siguen al parto por causas debidas al parto o embarazo y no a causas accidentales o incidentales”.

Control prenatal

El control prenatal tiene como objetivos: Identificar factores de riesgo, diagnosticar la edad gestacional, la condición fetal, la condición materna y educar a los padres. Se define

como el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan acondicionar la morbimortalidad materna y perinatal. (Casinio2002, Cordero2012). La meta del cuidado prenatal: es tener un embarazo con molestias mínimas y máxima satisfacción, asegurar el desarrollo óptimo del feto y su crecimiento, establecimiento de estilos de vida saludable, nacimiento bajo las circunstancias más favorables, diagnosticar y tratar precozmente problemas médicos, sociales o psicológicos (alimentación precaria, escasos recursos), apoyo psicológico a la gestante y su pareja, orientación sobre servicios de salud como control de vacunas, programa de control del niño sano. Velázquez, (2010).

Sistemática del control prenatal

El control y seguimiento del embarazo es una actividad asistencial que se realiza a través de exploraciones periódicas de salud, planificadas previamente con la gestante. La OMS y NOM-007-SSA2-1993 de la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y recién nacido recomienda: que la embarazada con bajo riesgo debe recibir como mínimo cinco consultas, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación:

1ra. Consulta en el transcurso de las primeras 12 semanas

2da. Consulta entre la 22 y 24 semanas

3ra. Consulta entre la 27 y 29 semanas

4ta. Consulta entre la 33 y 35 semanas

5ta. Consulta entre la 38 y 40 semanas

Cuando existe alto riesgo obstétrico el protocolo de visitas es diferente (son más frecuentes).

Atención de enfermería materno infantil

Desde 1996, la OMS considero al personal profesional de enfermería como un elemento estratégico para lograr un cambio en la calidad y eficacia de los servicios de atención obstétrica. En 1999, se instó a los estados miembros, incluido nuestro país al fortalecimiento y potencialización del desarrollo de servicios de enfermería y partería, creando modelos para la atención humanizada y de calidad en la atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido de bajo riesgo.

En mayo 1999 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estableció una serie de estrategias a fin de favorecer el ejercicio de la enfermería y partería de los países latinoamericanos. En México, aunque en forma discreta, se han dado pasos firmes en esta dirección y existen experiencias de éxito como la del Centro de Investigación Materno Infantil (CIMIGEN), institución de asistencia sin fines de lucro, que desde su puesta en marcha en 1987 ha atendido, principalmente por personal calificado de enfermería, a miles de mujeres embarazadas con resultados equiparables a los registros de hospitales europeos. Por otra parte, en el 2005, la Comisión Interinstitucional de Enfermería de la Secretaria de Salud, diseñó un modelo de atención obstétrica centralizada para formar enfermeras especializadas en atención perinatal que interactuando con el equipo multiprofesional de salud, son capaces de desarrollar una práctica de alta calidad en el cuidado a la salud para responder a la demanda de atención perinatal en el país.

El conocimiento en Enfermería abarca un amplio rango de fenómenos relacionado con la experiencia individual, familiar, grupal y comunitaria del proceso salud-enfermedad. La ciencia de enfermería proporciona los fundamentos de esta base de conocimientos y es amplia,

lo que la distingue es la perspectiva teórica conceptual, un cuerpo de conocimientos, que está creciendo con la experiencia de suministrar cuidados a individuos, familias y comunidades en una amplia gama de entornos. El conocimiento es específico de la disciplina y se concreta en las intervenciones de enfermería y acciones terapéuticas que impactan la salud. Moreno – Santillán (2008).

Elevar la calidad de los servicios de salud fundamentalmente en la atención de la mujer en etapa reproductiva y la atención al niño, constituye una premisa importante del Sistema Nacional de Salud, donde la formación de la enfermera materno infantil adquiere especial significación.

Funciones y actividades de la enfermera materno infantil con la embarazada

El control por la enfermera materno infantil por primera vez debe ser de 30 minutos, y los siguientes de 20 minutos, y deben incluir:

Anamnesis: indagar sobre cumplimiento de recomendaciones y aplicación de tratamientos, remitir si hay presencia de signos o síntomas de alarma, examen físico completo, análisis de las curvas de ganancia de peso, talla, crecimiento uterino, presión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca fetal, medición de la glucemia capilar, análisis de los resultados de exámenes paraclínicos: este proceso debe permitir verificar los hallazgos de laboratorio y en caso de anormalidades remitir al médico, información y educación sobre la importancia de la atención del parto institucional, condiciones particulares y signos de alarma por los que debe consultar oportunamente, tales como: sangrado genital, ruptura prematura de membranas, edema, vértigos, cefalea, ataques, convulsiones o desmayos, dolor epigástrico, trastornos visuales y auditivos, cambios en la orina, o falta de movimiento fetal según las semanas de

gestación, remisión a curso de preparación para el parto, informar, educar y brindar consejería en planificación familiar, solicitar firma del consentimiento informado de la gestante en caso de elegir método de planificación familiar permanente o definitivo según sea el caso para después del parto, educar y preparar para la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y con alimentación complementaria hasta los dos años, diligenciar historia clínica y dar indicaciones sobre el siguiente control según condiciones de la paciente, en el último control la enfermera materno infantil debe dar instrucciones a la madre sobre mecanismos del trabajo de parto, cuidados del recién nacido, asistencia a control de puerperio, programa de control del niño sano, tamiz neonatal y auditivo, vacunas, estimulación temprana, en el último control deben darse instrucciones a la madre para que presente su carnet materno en la institución en la que se atenderá el parto.

Estudios relacionados con la atención prenatal

Martínez-González L., Reyes-Frausto S. y García-Peña M.C. (1996) realizaron un estudio descriptivo en el IMSS sobre la utilización adecuada de la atención prenatal y la asociación con factores obstétricos, socio demográficos y culturales, la población fueron 394 mujeres de 12 a 49 años de edad que cursaban con embarazo de 28 a 42 semanas. Se hizo análisis descriptivo y se estableció la fuerza de asociación utilizando razón de momios y un modelo de regresión logística. Los resultados mostraron que el 75% de las embarazadas inició su atención prenatal en el primer trimestre y el 23.8% acudió a nueve consultas o más.

Valencia (1998) en un estudio descriptivo retrospectivo en población rural de Guatemala con 169 mujeres, investigó que los factores relacionados a la inasistencia del control del puerperio son de tipo social, educativo y cultural, y que las madres eran relativamente jóvenes ya que el 33% de las entrevistadas estaban entre los 13 y 17 años de edad, así como un 24 % oscilaba entre los 18 y 20 años, con esto se demuestra que la edad de la madre sí es un factor determinante, ya que a mayor edad de la madre se toma más conciencia y responsabilidad respecto al cuidado de su salud.

Herrera de la Muela., M. (1999) Realizó un estudio prospectivo tipo cohorte sobre el control inadecuado del embarazo en Madrid, España, en un total de 1.603 puérperas estudiadas, se identificaron 77 (4.8%), casos de control gestacional inadecuado que correspondió al control nulo: 15 (0.93%). Control tardío 55, (3.43%), y número insuficiente de visitas prenatales 7 (0.43%).

Tipiani O. & Tomatis C. (2005) realizaron un estudio prospectivo tipo cohorte para conocer el control prenatal y el desenlace materno perinatal en Lima. Perú, se estudiaron 455 gestantes hospitalizadas: gestantes sin control prenatal (n= 30), con 1 a 4 controles (n= 85), con 5 a 8 (n= 216) y con 9 a más (n = 124). Se usó el índice de Kessner para evaluar la calidad del control prenatal. De acuerdo con este índice, 115 gestantes (25.3%) tuvieron un control prenatal inadecuado y 340 (74.7%), un control adecuado o intermedio. Se encontró, además, que cuanto menor es el número de controles prenatales, menor es el peso al nacer y mayor la incidencia de prematuridad (Anova, $P < 0.05$). La regresión demostró que el mayor riesgo de un control prenatal inadecuado es la prematuridad (OR 1.16; IC 1.09-1.22), y que el peso bajo al nacer es secundario a ésta (OR 1.80; IC 95% 1.63-1.99). El menor número de controles prenatales también se relaciona con el menor grado de instrucción (Anova; $p < 0.01$).

Bronfman - Pertzovsky M. N. & Cols. (2002) Realizaron un trabajo de investigación de tipo transversal en 95 unidades de atención de primer nivel en México, para evaluar el nivel de satisfacción alcanzado por las usuarias de los servicios de atención prenatal, la muestra fue de 217 pares de proveedores-usuarias de servicios de salud. La satisfacción de las usuarias de los servicios de atención prenatal está relacionada con el trato recibido durante la consulta, el tiempo que esperó para recibirla y el nivel socioeconómico.

Ferreira, B. (2002) realizó un estudio descriptivo de corte transversal, para conocer cuáles son las características de control prenatal en las embarazadas adolescentes en Uruguay, la muestra se constituyó por 91 púerperas adolescentes de 12 a 19 años de edad, los resultados muestran que el 17% no tuvo contacto previo al parto con el personal de salud.

anómala (OR=4,3), patología materna (OR=2,4) y neonatal (OR=56,7), bajo peso al nacer (OR=9,8), prematuridad (OR=5,6), desnutrición intrauterina (OR=5,5), APGAR bajo al minuto y 5 minutos (OR=4,3 y 46,6). Cinco factores de riesgo tuvieron alto valor predictivo (96%): bajo peso, prematuridad, depresión al nacer, morbilidad neonatal y multiparidad.

Moreno- Santillán A. & cols. (2006) Realizaron un estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo en una comunidad rural del Estado de México, con una cohorte de 40, (0.8%) en mujeres embarazadas, se les realizó seguimiento del control prenatal hasta la resolución obstétrica, la población censada fue de 4,746 habitantes, 2,391 (50.3%) fueron mujeres, de las cuales 860 (18.1%) se encontraban en edad reproductiva y 74 (1.5%) cursaron su embarazo en este periodo. Los resultados expresados mostraron el impacto que el control prenatal tiene sobre la salud materna y fetal.

Soto, L., C. & cols. (2006) realizaron un estudio con diseño semiexperimental de serie de casos con 40 primíparas normales, desde las 20 semanas de gestación en dos Centros de Salud de Chile, para conocer cuál es la educación prenatal y su relación con el tipo de parto. Se aplicó la intervención educativa en 8 sesiones a las gestantes con su pareja y doula. Los resultados se compararon con un grupo de referencia de 55 primíparas normales. La tasa de cesárea fue de 7.5% en el grupo estudio y 27.3% en el grupo de referencia ($p<0.01$); hubo patología del embarazo en 17.5% vs 47.3% ($p<0,05$); uso de oxitocina en 40% vs 78.2% ($p<0.01$); episiotomía en 64.9% vs 100% ($p<0,01$). El APGAR<7 al primer minuto fue 5% grupo estudio y 5.4% grupo referencia, diferencia no significativa.

Freitez, L. & A. M. (2009) Realizaron un estudio descriptivo, con un muestreo probabilístico, tipo opinático que trató del control prenatal y complicaciones maternas durante

el parto y puerperio inmediato con 60 pacientes con embarazo a término; las edades de las pacientes estuvieron comprendidas entre 14 y 19 años (45%), según el grado de instrucción el 46.6% presenta educación básica y un 75% con controles a nivel público, con un número de controles de 1 a 5 consultas. El 45% inicio el control prenatal tardío, con atención prenatal inadecuada. El (68.3%), presentó complicaciones durante el parto.

Cáceres Manrique, (2009) en un estudio descriptivo reportó que la cobertura de atención prenatal por parte del médico fue de 87%, por parte de la enfermera 7%, sin atención 6%, y solo al 35% les ordenaron pruebas de tamizaje para virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Por otro lado aunque la mayoría de los modelos del control prenatal no han sido sometidos a una evaluación científica rigurosa, algunos estudios consideran que estos han sido deficientes, con consultas irregulares, larga espera y mala respuesta en el cuidado de las mujeres.

Castro, Hernández., M. G.(2009) en un estudio retrospectivo para evaluar la utilización adecuada del control prenatal en Bogotá, encontró que el 60% de las gestantes reciben adecuada atención prenatal, con diferencias significativas entre los regímenes de afiliación, que la mayoría de las mujeres son jóvenes, dedicadas al hogar y a trabajos remunerados. Según el modelo de regresión utilizado: tener una mayor edad gestacional y ser soltera son factores asociados a recibir atención inadecuada y pertenecer a un régimen contributivo, tener más edad y recibir información respecto al tratamiento son factores protectores.

Del Valle Llagostera J. & Cols. (2009) realizaron un estudio descriptivo para evaluar la calidad de la atención prenatal en Santiago de Cuba, la unidad de análisis estuvo constituida por 50 "tarjetones" de embarazadas a través de un muestreo por conglomerado en etapas y

otro aleatorio simple. En cuanto a la competencia profesional, los criterios evaluados superaron los estándares propuestos por el grupo de expertos, todos con más de 90% con una confiabilidad de 95 % y un margen de error de 0.05, las reevaluaciones en el tercer trimestre (93,1 %) consultas prenatales (94,0 %), inmunización con toxoide tetánico (96,5 %) El cumplimiento del horario de consulta (93,0 %) y preocupación por la paciente (92,0 %) como aspectos tomados en cuenta para determinar la satisfacción de las grávidas con los servicios recibidos.

Martínez-González L., Reyes-Frausto S. y García-Peña M.C.(1996) realizaron un estudio descriptivo en el IMSS sobre la utilización adecuada de la atención prenatal y la asociación con factores obstétricos, socio demográficos y culturales, la población fueron 394 mujeres de 12 a 49 años de edad que cursaban con embarazo de 28 a 42 semanas. Los resultados mostraron que el 75% de las embarazadas inició su atención prenatal en el primer trimestre y el 23.8% acudió a nueve consultas o más.

Panduro C., G., Castro H.J.F., Vázquez G.M.D y Arizpe. Salgado., M. Tang, G. González, C. Rojas J. (2011) En un estudio de tipo casos y controles con 528 casos de muerte fetal de más de 27 semanas de gestación y 528 neonatos vivos, y en otro descriptivo transversal respectivamente con 384 puérperas, ambos encontraron que los factores de riesgo que se asociaron con muerte fetal fueron: edad materna de más de 35 años, escolaridad materna baja, multiparidad, antecedente de aborto, muerte fetal y atención prenatal deficiente de ninguna a dos consultas.

Definición de términos

A continuación se presenta la definición de las variables de estudio:

Edad: Años cumplidos y expresados por la gestante en el momento de la entrevista.

Estado civil: Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco.

Nivel académico: Grado escolar alcanzado.

Ocupación: Oficio o profesión que una persona desempeña ante una empresa o empleador.

No. Embarazos: Total de veces que la mujer tuvo un período gestacional

Control prenatal: Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.

Control prenatal adecuado: El que se inicia desde la semana 12 de gestación hasta el nacimiento del producto.

Control tardío: El que se inicia después de la semana 16 y número insuficiente de visitas prenatales e inferior a tres.

Control prenatal nulo: Gestante que no recibió ninguna consulta prenatal

Atención materno infantil: Son los servicios de atención que se proporcionan antes, durante y después del embarazo tanto para la madre, hijo y familia.

Factores de riesgo en el embarazo: Son todas aquellas condiciones que puedan afectar al desarrollo fetal y la salud de la madre.

Fecha último parto: Se refiere al día, mes y año en que nació el último hijo.

Referencia médica: Es canalización de la mujer embarazada de bajo riesgo al consultorio de materno infantil para el control prenatal.

Inasistencia al control prenatal: No acudir a las consultas prenatales programadas de acuerdo a la normatividad vigente.

Calidad de la atención: Incluye la amabilidad, disponibilidad de tiempo, y características físicas del sitio donde se brinda la atención.

Accesibilidad: Cercanía de la gestante al centro de salud para asistir a su control prenatal

Planteamiento del problema

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores que determinan la asistencia al consultorio materno infantil de la embarazada para un control prenatal adecuado en el Centro de Salud Lomas de Madrid en Hermosillo, Sonora?

Objetivos

Objetivo General

Determinar los factores que influyen en la gestante para no llevar un adecuado control prenatal durante el periodo gestacional.

Objetivos específicos.

- ✓ Determinar el nivel de conocimientos de las mujeres gestantes sobre la importancia del control prenatal para la prevención y detección temprana de complicaciones.
- ✓ Analizar la aceptación de la atención prenatal en el consultorio materno infantil
- ✓ Identificar grupos con menor probabilidad de recibir atención prenatal
- ✓ Determinar el nivel de satisfacción de las usuarias

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

En este capítulo se describe el diseño del estudio, población, muestreo y muestra, selección de los participantes, procedimiento para la recolección de la información, instrumentos de medición, estrategias para el análisis de la información y las consideraciones éticas.

Diseño del Estudio

El tipo de estudio es retrospectivo, descriptivo y de corte transversal el cual es apropiado para estimar frecuencias y prevalencias, además describe el estado de fenómeno determinado o las relaciones entre ellos en un momento dado (Hernández, R., Fernández, C., & Bautista, P., 2010).

Población, Muestreo y Muestra

La población de interés fueron mujeres con antecedentes ginecológicos de última gesta (G) menor a un año y para (P), menor a 18 meses, que reciben atención en el Centro de Salud Lomas de Madrid en Hermosillo, Sonora.

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia ya que se consideró solo a la población que se encontraba presente al momento de la aplicación de los cuestionarios, y se seleccionaron por agenda de citas para realizar encuesta vía telefónica a las mujeres que no acudieron a su control prenatal durante el periodo de enero del año 2012 a mayo del 2013.

El tamaño de la muestra fue de 140 mujeres.

Criterios de inclusión

- ✓ Gestante en cualquier trimestre de embarazo
- ✓ Gestante con embarazo de bajo riesgo
- ✓ Mujeres con menos de 18 meses del último parto
- ✓ Que se encontraran presentes en el periodo de recolección de los datos.
- ✓ Que desearan participar en el estudio y respondieran la encuesta telefónica
- ✓ Mujeres embarazadas que tuvieron programada una cita al consultorio materno infantil durante el 2012 y no acudieron

Criterios de exclusión

- ✓ Contar con más de 18 meses de la última gestación
- ✓ Que no desearan participar en el estudio
- ✓ No obtener respuesta después de 2 llamadas telefónicas
- ✓ Gestantes con embarazo de alto riesgo

Criterios de eliminación

- ✓ Que no respondieran en las llamadas telefónicas a todas las preguntas de la encuesta
- ✓ Que no respondieran el cuestionario aplicado.

Procedimiento para la recolección de la información

Para iniciar la investigación primeramente se solicitó entrevista con el personal directivo del Centro de Salud (C.S.) Lomas de Madrid en Hermosillo, Sonora para presentar el proyecto de investigación y solicitar la autorización por escrito para su realización.

Con la autorización de los directivos se procedió a contactar a las mujeres que no acudieron a cita para su control prenatal las cuales fueron localizarlas por vía telefónica, de manera individual se aplicaron encuestas a las embarazadas que acudieron al centro en el periodo de la recolección de datos, se le dio a conocer a cada participante el objetivo, la justificación del estudio, se les explicó que su participación sería anónima, y que estaban en su derecho de dar por terminada la entrevista en el momento que se lo solicitaran, sin que sus derechos como usuario del C.S. se afectaran. Asimismo, se solicitó de forma escrita el consentimiento para participar en el estudio y posteriormente aplicar el instrumento.

Para la recolección de los datos se construyó un instrumento, (Apéndice 1) con cédula de identificación conteniendo: número del cuestionario con las siguientes variables socio demográficas: edad, sexo, estado civil, antecedentes obstétricos, preparación académica, datos sobre el control prenatal y accesibilidad. Las encuestas fueron piloteadas en el mes de enero del 2012 y se aplicaron hasta mayo del 2013

Se estudió a un grupo de mujeres en periodo de gestación que acudieron a consulta prenatal con la enfermera materno infantil. Por conveniencia se reclutó a mujeres embarazadas de bajo riesgo, sin diferenciar en las semanas de gestación, tiempo de permanencia en el programa de atención materno infantil y que acudieron a la cita el día asignado para la entrevista. Posterior a la consulta y previo consentimiento informado de las gestantes, se recopiló la información a través de encuesta, con un cuestionario auto administrado sobre las

características sociales y demográficas de las madres, como edad, grado de escolaridad, ocupación, conocimientos sobre la importancia y asistencia al control prenatal, factores de riesgo durante el periodo del embarazo y datos de accesibilidad.

El instrumento se diseñó y se integró con 19 ítems, 9 de las preguntas fueron dicotómicas, 8 de opción múltiple y 2 preguntas abiertas, divididas en tres secciones, la primera corresponde a una cédula de datos generales incluyendo la preparación académica de la encuestada, en la segunda sección datos sobre el conocimiento del control prenatal, la última sección se refiere a la información sobre atención recibida, trato digno y accesibilidad.

Consideraciones Éticas

En apego al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, (SSA, 1987) que hace referencia a que el desarrollo de la investigación para la salud debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación. El presente estudio cumple dicha normativa respetando lo planteado en el título Primero de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, Capítulo I de las disposiciones comunes, Artículo 14, la realización de la investigación se ajustó a principios científicos y éticos que la justificarán, respecto a la fracción IV se explicó a los participantes que prevalecerían los beneficios sobre los riesgos que se presentaran en el estudio. Según lo estipulado en la fracción VII, se solicitó por escrito al personal directivo autorización para realizar el estudio, quedando el compromiso de dar a conocer los resultados.

Según lo establecido en el Artículo 17, fracción II, el presente proyecto de investigación se consideró un trabajo de riesgo mínimo para los participantes ya que se obtuvieron datos personales a través de la aplicación dirigida de un cuestionario. Respetando lo planteado en el Artículo 21, fracciones I, IV, VI, VII y VIII se contó con el consentimiento

informado por escrito de las personas participantes, después de explicar de manera clara y completa los objetivos, la justificación, los beneficios, los riesgos y los procedimientos que se realizarían durante el proceso de recolección de la información, así como sus derechos y obligaciones.

Así mismo, según el Artículo 58, fracciones I y II se promovió la participación voluntaria y libertad de retirarse del estudio en el momento que decidiera sin coacción alguna.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En el siguiente apartado se describen los resultados de acuerdo las variables estudiadas y lo objetivos planteados al inicio del estudio.

Datos socio demográficos

La mayoría de las mujeres encuestadas $n= 98$ se encuentra en edad reproductiva de 20 a 34 años (70%), se ubican de 20 a 24 años $n=51$ (36.4%), de 25 a 29 años $n= 25$ (17.9%) (Tabla 1).

Con respecto al estado civil se clasificó a las casadas $n= 34$ con un (24.2 %), unión libre $n= 71$ (50.7%), dentro del rubro de madres solteras $n= 32$ se ubicó el (22.8%), la escolaridad de las embarazadas fue: nivel técnico o profesional $n=18$ que correspondió al (12.8 %), preparatoria completa $n=45$ (32.1%), preparatoria incompleta $n= 22$ (15.7%), secundaria completa $n= 41$ (29.2%) secundaria incompleta $n= 7$ (5%) en el nivel básico, la primaria completa e incompleta $n= 7$ (5 %). (Tabla 2)

En ocupación se encontró que el (76.4 %) $n= 107$ se dedican al hogar, el (6.4%) son estudiantes y solo él (17.1%) son empleadas.

Tabla 1

Ocupación y Estado civil de las usuarias estudiadas que acuden al Centro de Salud Lomas de Madrid

OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL				Total
	Casada	Unión libre	Soltera	Separada	
Empleada	4	11	8	1	24
Ama de casa	30	56	20	1	107
Estudiante	0	4	4	1	9
Total	34	71	32	3	140

Fuente: CDR

n=140

Se muestra que el 75% de las encuestadas cuentan con pareja y son amas de casa, al igual que el 25% restante de solteras y separadas

Tabla 2

Edad y nivel de estudio de las usuarias estudiadas que acuden al Centro de Salud Lomas de Madrid

EDAD	NIVEL ESTUDIO							Total
	Primaria Incompleta	Primaria Completa	Secundaria Incompleta	Secundaria Completa	Preparatoria Incompleta	Preparatoria Completa	Técnica o Profesional	
14-19	2	0	5	10	7	8	0	32
20-24	0	1	2	11	7	24	6	51
25-29	0	0	0	7	4	8	6	25
30-34	1	1	0	9	3	3	5	22
35-39	1	1	0	4	1	1	1	9
40 y mas	0	0	0	0	0	1	0	1
Total	4	3	7	41	22	45	18	140

Fuente: CDR

n=140

En cuanto al nivel de estudios y la edad, predominan las que tienen preparatoria completa con un total $n=45$ que representa el 32.1 % de la muestra, datos acordes con la edad requerida para la terminación del nivel medio superior, el grupo de edad de mayor representatividad correspondió al de 20 a 24 años $n=51$ (36.4%) quienes cuentan con preparatoria completa carrera técnica o profesional (21.4%).

Tabla 3

Número de habitantes en el hogar de las usuarias encuestadas como factor de riesgo para llevar un control prenatal adecuado del Centro de Salud Lomas de Madrid

NUMERO DE HABITANTES		
Habitantes del hogar	<i>fr</i>	%
1 a 3	24	17.1
4 a 6	89	63.7
+ de 6	27	19.3
Total	140	100.0

Fuente: CDR

n=140

El total de habitantes en el domicilio que predominó es donde hay de 4 a 6 y más miembros por hogar, equivalente a $n=116$ (82.8%) del total de la muestra, se puede deducir que el desempeño como encargadas del hogar y sus habitantes les impide asistir al control prenatal.

Tabla 4

Número de hijos de las encuestadas que acuden al Centro de Salud Lomas de Madrid

NO. DE HIJOS	<i>fr</i>	%
1 a 2	111	79.3
3 a 4	16	11.4
5 ó +	5	3.6
Total	140	100.0

Fuente: CDR

n=140

La mayoría de las mujeres entrevistadas tenían de 1 a 2 hijos representado por el 79.3 % y que solo 5 mujeres tuvieron 5 o más hijos, el 5.7% se encuentra en etapa de gestación.

Tabla 5

Edad de los hijos de las usuarias encuestadas que acuden al Centro de salud Lomas de Madrid

EDAD DEL HIJO MENOR	Fr	%
<1 año	128	91.4
1 año	2	1.4
2 años	1	.7
6 años	1	.7
Total	132	94.3
En Gestación	8	5.7
Total	140	100%

Fuente: CDR

n= 140

Se observa que las mujeres estudio tienen en un hijo menor de un año de edad, (91.4%) el resto (8.6%) reportan hijos con edades de 2 a 6 años y el 5.7% corresponde a las mujeres que se encuentran en periodo gestacional.

Tabla 6

Conocimiento de las mujeres que asisten al Centro de salud Lomas de Madrid sobre la importancia del control prenatal.

CONTROL PRENATAL		
Es importante el control prenatal	fr	%
Si es importante	125	89.3
No es importante	15	10.7
Total	140	100.0

Fuente: CDR

n= 140

De las 140 mujeres de la muestra 15 mujeres refieren que el control prenatal no tiene importancia mismo que se representa con un 10.7 %.

Tabla 7

Conocimiento de signos y síntomas de alarma durante el embarazo de las encuestadas que asisten al Centro de Salud Lomas de Madrid

CONOCE SINTOMATOLOGIA DE RIESGO PARA EL EMBARAZO	Fr	%
Si	103	73.6
No	37	26.4
Total	140	100.0

Fuente: CDR

n= 140

Como podemos observar es aún muy elevado el porcentaje de mujeres que saben cuáles son los signos y síntomas de alarma en el embarazo aún hay población que no conoce sintomatologías de riesgo para la etapa del parto, y puerperio *n*=37 (26%)

Tabla 8

Referencia médica de las mujeres gestantes al consultorio materno infantil del Centro de Salud Lomas de Madrid

REFERIDAS AL CONSULTORIO MI	Fr	%
Si referidas	68	48.6
No referidas	72	51.4
Total	140	100%

Fuente: CDR

n= 140

En la cuadro observamos que más del 50 % *n*=72 (51.4%) no son canalizadas al consultorio materno infantil, solo se les cita a consulta médica para el control prenatal.

Tabla 9

Conocimiento que tienen las usuarias respecto a que la atención del embarazo de bajo riesgo puede ser otorgado por la Enfermera Materno Infantil

ATENCIÓN DE LA ENF. M.I.	<i>fr</i>	%
Si	44	31.4
No	96	68.6
Total	140	100.0

Fuente: CDR

n = 140

En este cuadro se puede apreciar, que un porcentaje muy alto (68.6%) de las usuarias desconocen que el control prenatal puede ser otorgado por una enfermera especialista EMI.

Tabla 10

Inasistencia a control prenatal en el módulo de atención Materno Infantil del Centro de Salud Lomas de Madrid

INASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL	<i>fr</i>	%
Si	22	15.7
No	118	84.3
Total	140	100.0

Fuente: CDR

n = 140

Al entrevistar a la mujer respecto si en alguna ocasión dejó de asistir a su control prenatal la respuesta sí fue de 22 mujeres 15.7% dejaron de asistir al módulo materno infantil.

Tabla 11

Control Prenatal brindado por la enfermera Materno Infantil a las embarazadas que acuden al Centro de Salud Lomas de Madrid en el periodo 2012-2013

CONTROL PRENATAL ANTERIOR EN EL CONS. M.I.	Fr	%
Atención con la EMI	46	32.9
Atención en consulta médica	82	58.5
No acuden a control prenatal	12	8.6
Total	140	100.0

Fuente: CDR

n= 140

A un total 140 mujeres se les pregunto si habían tenido control en embarazos anteriores, 12 de ellas no llevaron control prenatal mismo que se representa con un (8.6%) el resto lo llevó con el médico y solo el 32.9% llevó control con la EMI.

Tabla 12

Edad y clasificación del Control Prenatal de las embarazadas que acuden al Centro de Salud Lomas de Madrid

EDAD	CONTROL PRENATAL		Total
	Adecuado	Nulo/Tardío	
14-19	18	14	32
20-24	39	12	51
25-29	20	5	25
30-34	17	5	22
35-39	9	0	9
40 y mas	1	0	1
Total	104	36	140

Fuente: CDR

n=140

En las edades aceptables de la etapa reproductiva, se observa que a mayor edad el control prenatal es adecuado (74.2%), en la población estudiada el (25.7%) correspondió a las mujeres más jóvenes, quienes tuvieron un control prenatal nulo o tardío.

Tabla 13

Motivo más frecuente de solicitud de servicio de atención en el Centro de Salud Lomas de Madrid

MOTIVO DE SERVICIO	<i>fr</i>	%
Consultorio Materno Infantil	23	16.4
Consulta médica	95	67.9
Consultorio dental	1	.7
Servicio de vacunas	16	11.4
Otros	5	3.6
Total	140	100.0

Fuente: CDR

n = 140

El motivo más frecuente de servicio es la consulta médica, con un (67.9%) seguido de la consulta de materno infantil con un (16.4 %), el resto de los servicios solicitados suman un total de 22 que corresponden al (15.7%).

Tabla 14

Accesibilidad que tienen las usuarias para acudir al Centro de Salud Lomas de Madrid a control prenatal

ACCEBILIDAD		
RECURSOS	<i>fr</i>	%
Existentes	120	85.7
No existentes	20	14.3
Total	140	100.0

Fuente: CDR

n = 140

La accesibilidad de las usuarias encuestadas a los servicios del control prenatal es del (85.7%) el (14.3%) no cuenta con los medios adecuados para asistir a recibir atención prenatal.

Tabla 15

Usuaris que asisten al Centro de Salud Lomas de Madrid de acuerdo al área de influencia

SECTOR QUE LE CORRESPONDE	<i>fr</i>	%
Si	119	85.0
No	21	15.0
Total	140	100.0

Fuente: CDR

n = 140

Otro rubro dentro de la accesibilidad que se considera importante para un adecuado control prenatal es la cercanía del hogar de las usuarias y la unidad de salud, el cuadro anterior muestra que 21 usuaria no está dentro del área de influencia del Centro de Salud Lomas de Madrid *n*=21 (15%).

Tabla 16

Percepción de las encuestadas de la calidad de la atención que reciben en el Centro de Salud Lomas de Madrid

CALIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN	<i>fr</i>	%
Mala	1	.7
Regular	12	8.6
Buena	82	58.6
Excelente	45	32.1
Total	140	100.0

Fuente: CDR

n = 140

Respecto a la percepción que tienen las encuestadas de la atención que reciben *n* = 82 (58.6%) la considero como buena y el 32.1% como excelente.

CAPITULO V

Discusión

Los resultados expresados en la presente comunicación muestran el impacto que el control prenatal tiene sobre la salud materna y fetal. El estudio podría ser clave para mejorar la atención prenatal, puesto que al identificar las convicciones de las embarazadas respecto a sus capacidades personales para la ejecución de conductas (asistencia), es un factor importante como plantea Bandura (1977).

Según Valencia en su estudio realizado en (1998) dejó demostrado que la edad es un factor determinante para que las embarazadas tomen conciencia y se responsabilicen del autocuidado de su salud y más aún para valorar la importancia del control prenatal, dato que fue analizado en este estudio.

Otro de los resultados obtenidos fue que el 74.2% de las encuestadas tuvieron un control adecuado con el médico y el 25.7% presentó un control nulo o tardío dato comparable con el estudio realizado por Herrera de la Muela en Madrid España en (1999). En cuanto al nivel de satisfacción que perciben las usuarias en este trabajo por parte del personal de salud manifestaron en su mayoría sentirse satisfechas ya que reportan que el 58.6% lo consideran bueno y el 32.1% como excelente cifras coincidentes con las reportadas por Bronfman – Pertzovsky (2002), y Del Valle Llagostera (2009).

De acuerdo al trabajo realizado por Ferreira (2002) en Uruguay, menciona que un 17% de mujeres adolescentes del estudio tuvieron control prenatal nulo, comparado con los resultados de este estudio donde se observa que 8.6% del total de la muestra no tuvieron ninguna

consulta de control prenatal porcentaje relativamente menor con una diferencia entre un estudio y otro de aproximadamente el 50%.

Cáceres, Manríquez obtuvo como resultado en su estudio realizado en (2009) que el 87% de las estudiadas fueron atendidas por el médico, y el 7% por la enfermera, comparado con el estudio realizado en el Centro de Salud Lomas de Madrid 58.5% se atendieron el embarazo con el médico y solo el 32.9% lo hizo con la enfermera, el resto no acudió a control prenatal.

Castro, Hernández en su estudio realizado en Bogotá el 2009 obtuvo como resultado que el mayor porcentaje de las mujeres son jóvenes (menor de 18 años) y se dedican al hogar en nuestra investigación la mayoría de las encuestadas están entre los 20 y 24 años de edad y al igual que en Bogotá son amas de casa el 76.4% de ellas.

Conclusión

Un buen nivel de calidad en la atención sanitaria es de vital importancia para mejorar la salud materno-infantil. El control prenatal adecuado, modifica la incidencia del síndrome de insuficiencia respiratoria, bajo peso al nacer y prematuridad en los neonatos. Un buen embarazo facilita el desarrollo del feto, permite la detección prenatal de defectos congénitos y problemas obstétricos y posibilita el tratamiento de las complicaciones, contribuyendo a la disminución de la morbimortalidad en el período del embarazo, parto y puerperio, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo.

La atención integral de la gestante se inicia en la consulta prenatal con la evaluación o recolección de datos. A través de la evaluación se llega a la definición de diagnósticos, a identificar problemas y necesidades de la gestante y de su familia, en base a ellos se planea y se ejecuta la atención oportuna.

Ya se ha demostrado la eficiencia de los programas en los que participa el personal de enfermería, sin embargo los resultados obtenidos revelan subutilización de la EMI, aunque el porcentaje sea mayor a los reportado en mujeres del centro de México, donde solo el 2.8% recibieron este tipo de atención. Esto da pauta para promover el cuidado que brinda la EMI dado los criterios institucionales de embarazo de bajo riesgo. Para lograr el éxito en la atención prenatal es necesaria la integración de todos los servicios disponibles para ello en beneficio de la población atendida como lo refiere Garza, Elizondo (2003).

Recomendaciones

Al igual que en otros trabajos de investigación se encontraron limitaciones que pueden ser solventadas en estudios posteriores, entre las que se exponen las siguientes:

- Continuar desarrollando estudios de investigación con la población gestante.
- Realizar programas para promocionar la atención prenatal en el consultorio materno infantil
- Instalar en los tres niveles de atención módulos atención prenatal que sean atendidos por Enfermería
- Orientar y dar a conocer al personal de salud y la población los principales objetivos de la atención prenatal, su importancia y las metas que se desean alcanzar
- Realizar acciones para lograr la sensibilización del personal de salud
- Realizar una réplica del estudio con mujeres embarazadas con seguridad social.
- Utilizar el instrumento de autoeficacia y control prenatal (ACP) para valorar la autoeficacia en diferentes poblaciones y niveles de atención.

Referencias Bibliográficas

Referencias

Arispe, Cl. Salgado, M. Tang, G. González, C. Rojas., J. (2011) *Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia*. Lima Perú.

Bronfman-Pertzovsky M. N. (2002) *Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias*. Cuernavaca Morelos salud pública de México / vol.45, no.6, noviembre-diciembre de 2003

Cáceres Manrique F.M.(2009) *El control prenatal una reflexión urgente/ Colombia rev. Colombiana de obstetricia y ginecología vol.60 no.2*

Casini, S. Lucero, Sainz., G. Hertz, M. Andina, E. (2002) *Guía de Control Prenatal del Embarazo Normal*. *Rev. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*. Vol. 21, no.2. , pp. 51-62, Argentina. <http://es.scribd.com/doc/3017634/Control-Prenatal>

Cancino E., León H., Otálora R., Pérez E., Bosa P., Sarmiento R., Yates A. y Uribe R. (s/f) *Guía de control prenatal y factores de riesgo*. Bogotá

Castro Hernández M. G.(2009) *Evaluación de la utilización adecuada del control prenatal en Bogotá con base en la encuesta de salud 2007*. Biblioteca digital <http://www.bdigital.unal.edu.co/2615/1/5973/50.2009pd>

Cordero., R. (2012) *Conocimiento de las embarazadas sobre la importancia del control prenatal*. Venezuela. .
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/pages/Como-publicar-en-PortalesMedicos.com>

Clasificación internacional de enfermedades (CIE) y causas de defunción (1979)

Del Valle Llagostera J. Dra. Plasencia Asorey, C. Del Valle García N., Nápoles Vaillant, E. Matamoros, Sánchez., D. (2009). Calidad de la atención prenatal en el área de Mella Cuba http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_5_10/san08510.htm

Ferreira B. (2002) Características del control prenatal en las embarazadas adolescentes. Universidad de Uruguay. Instituto nacional de enfermería. Departamento materno infantil Montevideo Uruguay.

FreitezL. y A.M. (2009) Control Prenatal y Complicaciones Maternas Durante el Parto y Puerperio tesis de especialidad de obstetricia y ginecología. Barquisimeto Edo. Lara

Fuentes Ramos (2002) Caracterización del nivel educativo y el control prenatal de las mujeres que asisten al mercado central, zona 1 de la ciudad de Guatemala

Garza, Elizondo., M. Rodríguez, Casas., E. Villarreal, Ríos., A. Núñez, Rocha., M (2003) *Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en una institución de seguridad social mexicana IMSS Nuevo León México* Rev. Esp. Salud Pública [revista en la Internet]. 2003 Abr. [citado 2013 Oct. 09]; 77(2): 267-274. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272003000200009&lng=es

Granada., M. V. Vásquez, (1999), mujer y el proceso reproductivo. OPS

González Díaz G. (2002) Autoeficacia y la asistencia al control prenatal. Tesis de maestría en ciencias de salud comunitaria universidad autónoma de Nuevo León. Facultad de enfermería. México.

Herrera de la Muela M., M Álvarez de la Rosa, Y. Pérez, A Hernández, A González, (1999) Control inadecuado del embarazo. *Progresos de Ginecología y Obstetricia*. Universidad Autónoma de Madrid.

Hernández ., R. Fernández., C. Bautista., P. (2010) metodología de la investigación 4ta. Edición. Mc Graw -Hill. Interamericana.

Martínez-González, L., Reyes-Frausto S. y García-Peña M.C (1996) Utilización adecuada de la Atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. México. Salud Pública de México, vol. 38, núm. 5, septiembre-octubre, pp. 341-351.

Moreno Santillán A. A- y Cols. (2008) Control prenatal en el medio rural, pre eclampsia, hemorragias, infecciones y abortos, que están directamente relacionados con la muerte materna. Estado de México Rev. Fac. Med. UNAM Vol. 51 No. 5 Septiembre-Octubre.

NOM-007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido criterios y procedimientos para la prestación del servicio

Núñez Urquiza R. M; (2004) detección de eslabones críticos en los procesos de atención para la Prevención de muertes maternas año p.5.

Organización Mundial de la salud (OMS)

Organización Panamericana de Salud (OPS)

Panduro C., G., Castro H.J.F., Vázquez G.M.D(2011).. Revista Chilena en Obstetricia y Ginecología Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía, Hospital civil de Guadalajara, México.

Pécora A. L.O., María San Martín M.E. y Cols. (2008) Control prenatal tardío ¿Barreras en el equipo de Salud en adolescentes. Argentina

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, SSA, 1987

Rivera, Montiel A. Hernández Rodríguez. L (2006) material de apoyo para el curso de: “importancia del programa de reanimación neonatal” ENEO – UNAM

Sánchez-Nuncio H, R., Pérez Toga G., Pérez Rodríguez F. Vázquez Nava Impacto del Control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. *Revista Médica Instituto del Seguro social* 43 (5): 377-380 (2005).

S.S.A. (2006).ABC en obstetricia Gobierno del Estado de Sonora

SSA. (2008) Manual de atención Enfermería Materno Infantil y Enfermería Obstétrica.

Soto L.C., Teuber L. H., Cabrera F. C., Marín N. M., Cabrera D. J., Costa S. M., Araneda C. H.(2006) Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural. *ChileRev. chil. obstet. ginecol.v.71 n.2*Santiago.

Secretaria de Salud y asistencia SSA (2008).

Ticona R.M., Huanco A.D. (200) mortalidad perinatal hospitalaria en el Perú factores de riesgo Perú *GinecolObstetMex*vol.76(10):597-603

Tipiani O., Tomatis C. (2005) El control prenatal y el desenlace materno perinatal *Rev. Per GinecolObstet* sistema de bibliotecas de la UNMSM lima, Perú disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol5_2_n4/pdf/

Valencia Medina L. M. (1998) Trabajo de Tesis Factores relacionados a la inasistencia del control del puerperio en una población rural de Guatemala p. 1, 2 y 4.

Velázquez O. H. (2010) Características del nivel educativo y el control prenatal en Guatemala. Universidad de San Carlos Guatemala facultad de ciencias Médicas-CUM-fase 1, segundo año, ciclo 2010. Unidad didáctica salud pública

APENDICES

Apéndice 1

Universidad de Sonora
Departamento de enfermería



Factores que condicionan la asistencia al consultorio materno infantil para el control prenatal

Objetivo: Determinar los factores que influyen en la gestante para no acudir al a control prenatal durante el periodo gestacional.

I.- DATOS GENERALES

- 1.- Años cumplidos
- 2.- Estado civil
 Casada Separada Unión Libre divorciada S a
- 3.- A qué se dedica
 Ama de casa Estudia Empleada
- 4.- Cuántas personas viven en casa
 1 a 3 4 a 6 más de 6
- 5.- Número de hijos
 0 1 2 3 4 o mas
- 6.- Edad del hijo menor
 <1 año 1año 2 años 3 años 4 años 5 años
 + de 5 años
- 7.- Fecha del último parto:
- 8.- Nivel de estudio
 Ninguno Primaria Incompleta Primaria Completa Secundaria Completa
 Secundaria incompleta Preparatoria Incompleta Preparatoria completa Técnica o Profesional

III.- DATOS SOBRE EL CONOCIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL

- 9.- Conoce la importancia del Control Prenatal
 Si no

10.- Considera necesario asistir al Control Prenatal durante el embarazo

1 Sí 2 No

¿Por que? _____

11.- ¿El médico de la consulta externa la canalizó en su primera consulta al módulo Materno Infantil?

Sí 1 No 2

12.- Tiene conocimiento que la atención de un embarazo sin riesgo puede ser proporcionada por una enfermera especializada en el consultorio materno infantil

Sí 1 No 2

13.- En alguna ocasión ha dejado de asistir a su control prenatal

Sí 1 No 2

14.- Ha llevado control prenatal en sus embarazos anteriores en el consultorio materno infantil

Sí 1 No 2

15.- Conoce usted cuales son los signos y síntomas de alarma en el embarazo, que pudieran poner en riesgo la vida de usted y la de su bebé

Sí 1 No 2

IV.- INFORMACIÓN DE ATENCION, TRATO DIGNO Y ACCESIBILIDAD

16.- Cuáles son los servicios que solicita regularmente en el Centro de Salud

Cons. Materno infantil 1 Consulta Externa 2 al 3 as

Otros 4

17.- Cómo considera usted la atención brindada por parte del personal del Centro de Salud al que acude

Mala Regular 1 Buena 2 Excelente 3 4

18.- El Centro de Salud Lomas de Madrid está dentro del sector donde usted vive

Sí 1 No 2

19.- El transporte público que utiliza la deja cerca del Centro de Salud

Sí 1 No 2

Gracias por su participación

Fecha _____ encuestador _____

Apéndice 2

Carta de Consentimiento Informado

Título del Estudio

“Factores que condicionan la asistencia al consultorio materno infantil para el control prenatal”

Introducción y Propósito

Entiendo que se me ha solicitado participar en un estudio de investigación. Se me ha explicado que el propósito del estudio es conocer cómo percibe el cuidado el paciente y la enfermera e incidir en el fortalecimiento de las conductas del cuidado que se brinda a los derechohabientes.

Procedimiento

Sé que voy a contestar un cuestionario con preguntas relacionadas con las conductas del cuidado prenatal.

Comprendo que seremos encuestadas pacientes que acuden al centro de salud a la consulta.

Riesgos

Se me ha explicado que este estudio no tendrá riesgos, ya que únicamente se me harán preguntas relacionadas con datos personales, percepción de las conductas del cuidado prenatal y la atención recibida.

Participación Voluntaria/Abandono

Se me ha notificado que mi participación es del todo voluntaria y que aun después de iniciada puedo rehusarme a responder alguna pregunta o decidir darla por terminada en

cualquier momento. También sé que me puedo retirar del estudio con la seguridad de que no se verán afectados mis derechos usuario del Centro de Salud.

Preguntas

En caso de que tenga dudas, comentarios o quejas relacionadas con el estudio podré comunicarme al consultorio de Materno infantil con los Enfermeros. María Elodia Vega Cruz y Fortunato Gámez Cázarez, en un horario de lunes a viernes de 15:00 a 18:00 PM.

Confidencialidad

Estoy consciente que en el instrumento de recolección de datos, no se solicita mi identificación. Se me ha dicho que mis respuestas no serán reveladas a nadie y que el informe del estudio se entregara redactado en forma general al personal directivo de la institución sin que se me identifique.

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Los Enfermeros. María Elodia Vega Cruz y Fortunato Gámez Cázarez, me han explicado en qué consiste la encuesta, así mismo me informó que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

Firma del participante

Fecha

Firma y nombre del investigador

Fecha
