



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**RAZONES DEL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRE NATAL EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD CHINCHERO**

CUSCO 2016

PRESENTADO POR LAS BACHILLERES:

ALISON REYES GUARDAPUCLLA

TAHANI SICCOS QUISPE

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADAS EN OBSTETRICIA

ASESORA:

DRA. GLADIS ROJAS SALAS

CUSCO – PERÚ

2017



AGRADECIMIENTO

Agradezco a cada una de las personas que nos ayudó en la realización de la presente investigación, agradecemos a la Universidad Andina del Cusco, muy en particular, al personal docente y no docente de la Facultad de Ciencias de la Salud por la ayuda brindada en este tiempo.

Un agradecimiento especial a la Dra. Gladis Rojas Salas por ser el modelo de persona a seguir, quien con su conocimiento y experiencia, nos guio y acompañó en el proceso de investigación.

Finalmente, a todas las personas que se cruzaron en este camino y que nos dieron palabras de aliento y apoyo.

Las Autoras



En primer lugar agradezco a Dios por ser luz y guía en mi vida quien me acompaña en cada momento importante, dándome la fuerza que necesito para continuar en este camino de superación.

Con todo el amor del mundo e infinita gratitud agradezco a mi madre Felicia y mi abuelita Brigia quienes me encaminaron con esmero y dedicación al anhelo de ser profesional. Mostrándome cada día que todo sacrificio tiene su recompensa.

Agradezco a mi hermano Edson y mi princesa Camila Dayanna que son mi fuerza para continuar en este arduo camino de superación profesional.

También agradezco a Wilson Cahua quien formo parte importante en este arduo camino, por enseñarme a confiar en mí y en mis capacidades. Gracias.

Tahani Siccos Quispe



Siempre en la confianza en Dios por haberme permitido llegar hasta este punto de mi carrera profesional y haberme dado salud y ganas de seguir adelante para seguir mis objetivos.

A mis padres por haberme apoyado en las decisiones que tome, por su apoyo, sus valores y por la motivación para ser una persona de bien. Especialmente a mis padres Carlos y Flora por todo el amor que me dieron, la paciencia y la confianza.

También a mis hermanos por confiar en mi ayudarme a salir adelante, por su ternura y confianza puestas en mí, mis hermanos; Diomar, Carlos, Estrella y a mi príncipe mi único sobrino Ian Andy

Alison Reyes Guardapuclla



PRESENTACIÓN

SR. DR. JUAN CARLOS VALENCIA MARTINEZ

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD
ANDINA DEL CUSCO

Según el Reglamento de grados y títulos de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Andina del Cusco, elevamos ante usted la tesis intitulada “RAZONES DEL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRE NATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD CHINCHERO CUSCO 2016” con la finalidad de optar el grado académico de Licenciadas en Obstetricia.

Así mismo, es importante recalcar que la presente investigación ha sido concluida de acuerdo a las normas de investigación establecidas.



INTRODUCCIÓN

El inicio tardío de la Atención Prenatal conlleva a una serie de complicaciones tanto para la gestante como para el recién nacido siendo una de las razones, el desconocimiento sobre la importancia de la Atención Prenatal.

Es necesario que la gestante comprenda la importancia de iniciar una Atención Prenatal oportuna pues de esta forma podrá reconocer los signos de alarma durante el embarazo y del niño por nacer en el proceso del embarazo, parto y puerperio siendo más vulnerables las gestantes de las áreas rurales.

En el área urbana las gestantes tienen mayor acceso a los servicios de salud, sin embargo las razones son similares a las encontradas en las gestantes de las zonas rurales.¹

Las razones del inicio tardío de la atención prenatal en otras realidades, muestran como la falta de interés de la gestante y su pareja para acudir al establecimiento de salud, la poca accesibilidad, el tiempo que demora en llegar al Centro Salud, el número y edad de los hijos². El grado de instrucción es muy importante porque permite que la gestante pueda identificar las complicaciones que se puedan presentar durante el embarazo, el machismo,

¹ PÉCOR, A. SAN MARTIN, M. CANTERO, A. FURTARO, K. JANKOVIC, P. LLOMPART, V. Y COLABORADORES. Atención pre natal tardío ¿barreras en el sistema de salud? Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sarda 2008; 27(3) (artículo original) Pécora y Col.

² MUNARES, O. Factores Asociados al Abandono al control Pre natal- Instituto Nacional Materno Perinatal 2011 [Tesis]. Lima; Universidad Nacional Mayor de San Marcos, facultad de Medicina Humana, Unidad de Post grado, Lima-Perú 2014



la edad de la gestante, pues si son adolescentes existe temor del que dirán o al rechazo de la pareja y la familia, motivo por el cual ocultan el embarazo³.

De acuerdo con los objetivos en especialmente en el objetivo tres, se sigue insistiendo en el mejoramiento de la salud materna; el Ministerio de salud del Perú, ha diseñado diversas estrategias en la salud materna a fin de disminuir las complicaciones y muertes maternas y, efectivamente, se logró reducir las brechas, pero aún es insuficiente; datos estadísticos muestran el incremento de la atención prenatal en la zona rural del año 2000 de 29.9% al año 2013, sin embargo el inicio tardío de la atención prenatal es frecuente en un 82.1% a nivel nacional⁴

La atención Prenatal busca la integración de la pareja, el entorno familiar para que puedan identificar los factores de riesgo durante el embarazo, por lo que debe ser precoz, periódico, completo y de calidad garantizando su fácil accesibilidad. Es una prioridad para el Ministerio Salud como objetivo principal la prevención de complicaciones durante el embarazo, en base a un diagnóstico oportuno y brindar una atención de calidad⁵.

³ PÉCORA, A. SAN MARTIN, M. CANTERO, A. FURTARO, K. JANKOVIC, P. LLOMPART, V. Y COLABORADORES. Atención pre natal tardío ¿barreras en el sistema de salud? Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sarda 2008; 27(3) (artículo original) Pécora y Col.

⁴ Ministerio de salud, Reforma es más salud, panificar tu embarazo es bueno, controlar a tiempo es mejor, derechos reservados 2014

⁵ PÉCORA, A. SAN MARTIN, M. CANTERO, A. FURTARO, K. JANKOVIC, P. LLOMPART, V. Y COLABORADORES. Atención pre natal tardío ¿barreras en el sistema de salud? Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sarda 2008; 27(3) (artículo original) Pécora y Col.

**RESUMEN**

El presente estudio “Razones del inicio tardío de la atención pre natal en gestantes atendidas en el centro de salud Chinchero Cusco 2016” tuvo como objetivo conocer las razones del inicio tardío a la atención prenatal. Se aplicaron entrevistas a profundidad a las gestantes que vive en la zona de Chinchero previo consentimiento informado. Es un estudio cualitativo y los resultados hallados fueron: gestantes que se encuentran entre la edad gestacional mayor a las 14 semanas, con ocupación en su mayoría amas de casa, con un grado de instrucción secundaria completa. En las entrevistas, las gestantes expresaron que, la falta de información sobre atención prenatal y la falta de conocimiento sobre la importancia de acudir a una primera atención prenatal oportuna con llevó a que las gestantes tengan una atención prenatal inoportuna. Así también se obtuvo en las entrevistas que, existen limitantes como es el acceso al establecimiento de salud, demorando más de dos horas para llegar al Centro de salud, reciben maltrato por parte del personal de salud y es el temor por lo que la gestante no acuda a sus próximas atenciones prenatales.

Palabras clave: inicio tardío, atención prenatal

**ABSTRACT**

The present study "Reasons for the late start of pre-natal care in pregnant women attended at the Chinchero Cusco 2016 health center" aimed to know the reasons for the late start to prenatal care. In-depth interviews were applied to pregnant women living in the Chinchero area with prior informed consent. It is a qualitative study and the results found were: pregnant women who are between the gestational age greater at 14 weeks, with occupation mostly housewives, with a complete secondary education degree. In the interviews, the pregnant women expressed that the lack of information about prenatal care and the lack of knowledge about the importance of attending a first timely prenatal care led to the pregnant women having an untimely prenatal care. Thus we also obtained in the interviews that, there are limitations such as the access to the health facility, taking more than two hours to reach the Health Center, are mistreated by health personnel and is the fear that the pregnant woman does not go To his forthcoming prenatal care.

Key words: late onset, prenatal care



ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I..... 1

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN..... 1

 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 1

 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 3

 PROBLEMA PRINCIPAL 3

1.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN 3

 1.3.1 OBJETIVO GENERAL 3

 1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 3

1.4 VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN 3

 RELEVANCIA CIENTÍFICA 4

 RELEVANCIA SOCIAL 5

 RELEVANCIA CONTEMPORÁNEA 5

1.5 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO 6

1.6 SUPUESTOS 6

1.6.1 SUPUESTO GENERAL:..... 6

 1.6.2 SUPUESTOS ESPECÍFICOS 6

1.7 CATEGORÍAS DE ESTUDIO 7

1.8 MÉTODO 7

 1.8.1 ALCANCE 7

 1.8.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN..... 8

 1.8.3 POBLACIÓN Y ESCENARIO DE ESTUDIO 8

1.9 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... 10

1.10 VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS 10

1.11 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS 11

 1.11.1 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO 11

 1.11.2 TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS 11

DESARROLLO TEMÁTICO..... 12

 2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO 12

 2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES 12

 2.2 BASES TEÓRICAS 18

 2.2.1 ATENCIÓN PRE NATAL 18



2.2.2 NUEVO MODELO DE ATENCIÓN PRE NATAL DE LA OMS (Organización Mundial de Salud)..... 22

2.2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS Y ACTIVIDADES PROPUESTAS PARA LA ATENCIÓN PRE NATAL 24

2.2.4 IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL..... 26

2.2.5 ESQUEMA DE VISITAS DE ATENCIÓN PRE NATAL 27

2.2.6 IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO..... 28

2.2.7 PRIMERA CONSULTA PRE NATAL..... 30

2.2.8 PREGUNTAS, RESPUESTAS Y CONSEJERÍA 34

2.2.9 VALORACIÓN DEL RIESGO DURANTE EL EMBARAZO 36

2.2.10 ATENCIÓN PRE NATAL TARDÍO 38

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS 40

CAPÍTULO III..... 44

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS 44

3.1 RESULTADOS DEL ESTUDIO 44

3.1.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN..... 44

DATOS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS: 47

1. EDAD 47

2. OCUPACIÓN 47

3. GRADO DE INSTRUCCIÓN..... 48

4. ESTADO CIVIL..... 49

5. IDIOMA 49

3.1.2 RAZONES DEL INICIO TARDÍO DE LA PRIMERA ATENCIÓN PRE-NATAL 50

a. Razones Institucionales..... 50

1. Distancia..... 50

2. Idioma en que es atendida 52

3. Horarios de atención en relación a la adecuación de la gestante 52

4. Acceso al Seguro Integral de Salud (SIS)..... 53

5. El Trato del personal de salud. 54

b. Personales 56

1. Desconocimiento de la importancia de la primera atención prenatal 56

Cuidado de los hijos..... 58

2. Olvido 59



3. Permiso laboral	60
4. Miedo.....	61
5. Cultural.....	62
3.2 ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS	64
CAPÍTULO IV	65
DISCUSIÓN	65
4.1 COMPARACIÓN CRÍTICA DE RESULTADOS CON LA LITERATURA EXISTENTE	65
4.2 DISCUSIÓN Y CONTRASTACIÓN TEÓRICA DE LOS HALLAZGOS	68
CONCLUSIONES	70
RECOMENDACIONES	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXOS	77
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS..	81
HOJAS DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN	82
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	84



CAPÍTULO I

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mortalidad materna y perinatal es un problema de salud pública, el aumento de la cobertura de la atención prenatal, la adecuada intervención de los factores de riesgo, permite lograr un impacto positivo en la reducción el inicio tardío de la atención prenatal.

El Perú cuenta con 394 muertes maternas en el 2017 hasta la semana 8. En el Cusco cuenta con 23 muertes maternas¹.

El cuidado del niño por nacer sigue siendo en la actualidad un tema trascendente en nuestra sociedad, convirtiéndose de esta manera en una oportunidad para el acercamiento de la población al sistema de salud y viceversa.²

¹ Red Nacional de Epidemiología (RENACE) – DGE- MINSA. Número de Muertes Maternas por Departamentos ,Perú 2000-2017 (*) hasta la semana 8 del 2017



El inicio oportuno de la atención pre natal es un conjunto de acciones que involucra una serie de encuentros entre la gestante y los integrantes de un equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución de embarazo, detectar tempranamente enfermedades, prevenir complicaciones e incluso acompañar en la preparación del parto.

La atención prenatal tuvo un desarrollo importante en los últimos años y ha resultado ser altamente efectivo, ya que las gestantes tienen acceso al seguro integral de salud gratuitamente para el cuidado de la mujer embarazada, contribuyendo a evitar muerte materna y lesiones en el recién nacido.

El presente trabajo de investigación permitió identificar las razones del inicio tardío de la primera atención prenatal de las gestantes del centro de salud Chinchero.

A pesar de todos los esfuerzos por el personal de salud y el gobierno, no todas las gestantes tienen atenciones pre natales oportunas, tampoco asisten con periodicidad al mismo ni se logran completar las actividades mínimas propuestas llegando al momento del parto sin atenciones previas; manifestando barreras de persistencia que no permiten acceder y/o adherirse satisfactoriamente a la atención.

Estas barreras están asociadas a múltiples factores, desencadenando situaciones desfavorables tales como costumbres y creencias erradas que pueden conllevar a una muerte materna o perinatal.³

² Pérez, J. (2013). Evaluación de la utilización de la atención prenatal en el sistema de salud pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el periodo 2008-2009. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria. Pg. 14-15

³ PÉCORA, A. SAN MARTIN, ME. CANTERO, A. FURTARO, K. JANKOVIC, P. LLOMPART, V. Y COLABORADORES. Atención pre natal tardío ¿barreras en el sistema de salud? Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sarda 2008; 27(3) (artículo original) Pécora y Col.



Siendo el primero de los mayores problemas el inicio tardío de la atención pre natal se planteó el siguiente problema.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuáles son las razones del inicio tardío de la atención pre natal de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Chinchero, Cusco 2016?

1.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las razones del inicio tardío de la atención pre natal de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Chinchero - Cusco 2016

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer las características de la población, gestantes atendidas en el centro de salud Chinchero.
2. Relatar las razones institucionales de la atención prenatal tardía.
3. Relatar las razones personales de la atención prenatal tardía.

1.4 VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La atención pre natal es un componente de la atención materna que comprende un conjunto de acciones orientadas a lograr que el embarazo transcurra con vigilancia por parte del personal de salud, según el riesgo identificado, a fin de preservar la salud de la mujer durante su gestación.



La mortalidad materna es un indicador de impacto importante que refleja directamente la atención pre natal, el aumento de la mortalidad materna refleja el deterioro de la calidad de los servicios o del acceso a los servicios de salud.⁴

RELEVANCIA CIENTÍFICA

En el Perú el 86.6% de las gestantes tienen al momento del nacimiento más de seis atenciones pre natales y el 13.4% cuenta con menos de seis atenciones pre natales, dentro de estos atenciones inoportunos y atenciones tardíos e incluso no cuentan con ninguna atención.⁵

Las tasas de mortalidad infantil en el Perú fueron de 19 muertes infantiles por mil nacidos vivos en los años 2013-2014, el departamento de Cusco con 22 muertes infantiles por mil nacidos vivos en comparación con el departamento de Puno que tiene el porcentaje más alto que fueron de 40 muertes infantiles por mil nacidos vivos, y el más bajo con una disputa de los Departamentos de Arequipa, La Libertad, Lima con 12 muertes infantiles por mil nacidos vivos⁶.

La tasa de mortalidad neonatal en el Perú es de 11.5 de mil nacidos vivos en los años 2013-2014⁷

⁴ Idrogo, S. (2014) Atención prenatal y su relación con la morbimortalidad perinatal en el hospital regional de Loreto durante el periodo de enero a diciembre del 2013. [tesis] Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Facultad de Medicina Humana. Iquitos- Perú. Pg. 14-15.

⁵ Encuesta demográfica y de salud familiar-ENDES. Perú 2014: Proporción de gestantes que en el último nacimiento recibieron 6 o más atenciones pre natales por departamentos [En línea]. Disponible en: http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/detalle_indbsc.asp?lcind=7&lcobj=1&lcper=1&lcfreq=14/10/2015

⁶ Encuesta demográfica y de salud familiar-ENDES. Perú 2012-2013: Tasa de Mortalidad Infantil por departamentos por 1000 nacidos vivos [En línea]. Disponible en: http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/detalle_indbsc.asp?lcind=84&lcobj=1&lcper=1&lcfreq=15/10/2015

⁷ Instituto Nacional de Estadística e Inf. Elaboración Ministerio de Salud- Oficina General de Estadística e Informática. Perú: Tasa de Mortalidad Neonatal 2013-2014 [En línea]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresSalud/mortalidad/tasaMortalidadNeonatal/MneoMacros.asp?00>



RELEVANCIA SOCIAL

Al estudiar el inicio tardío de atención pre natal en gestantes del área rural y del área urbano tenemos como consecuencia en neonatos el síndrome de insuficiencia respiratoria, bajo peso al nacer, prematuros y algunas veces morbi-mortalidad materna y neonatal. Sin embargo, pueden prevenirse con una atención pre natal oportuno.

Es de gran importancia conocer la opinión de las gestantes con respecto al ingreso tardío de su primera atención pre natal y la calidad de atención que brinda el centro de salud de su zona, ya que ellas con sus aportes podrán contribuir con el mejoramiento de la atención tanto para la atención de las gestantes, como para sus bebés y de esta manera, detectar en forma precoz las diversas complicaciones ya mencionadas que puede traer un embarazo y ampliando la cobertura materna en lo que salud se refiere.

En cuanto a las gestantes adolescentes, presentan una actitud de rechazo y ocultamiento del embarazo por temor a la respuesta del grupo familiar, lo que conllevaría a una atención pre natal tardío o insuficiente, dificultando la detección de problemas o la implementación de medidas de implementación⁸.

RELEVANCIA CONTEMPORÁNEA

Es conocido que las áreas rurales son de mayor vulnerabilidad en la atención de salud ya sea por la accesibilidad o lejanía de los lugares de procedencia. Que la

⁸ Castro, R. Estrategias en Salud Reproductiva del Adolescente en Chile. Revista Social Chile. Ginecológica Infantil y Adolescentes 1994. Edición n°1. Pg 38-45.



cantidad de hijos fije como significado la falta de interés de parte de la gestante. El machismo de parte de la pareja o ya sea el conviviente de la propia gestante.⁹

El trabajo se justifica ya que nos permitió conocer las razones del inicio tardío de la primera atención pre natal de las gestantes del Centro de Salud de Chinchero.

1.5 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

El presente trabajo de investigación, estará circunscrito en el Centro de Salud de Chinchero, en el periodo indicado y a gestantes que cumplan los criterios de inclusión.

1.6 SUPUESTOS

1.6.1 SUPUESTO GENERAL:

Las razones por las cuales las gestantes acuden tardíamente a sus controles prenatales son dos: Institucionales y Personales.

1.6.2 SUPUESTOS ESPECÍFICOS

1. Las razones institucionales por las cuales las gestantes acuden tardíamente a las Atenciones prenatales son: la distancia, horarios de atención, la calidad de atención
2. Las razones personales por las cuales las gestantes acuden tardíamente a las Atenciones prenatales son: desconocimiento de su importancia del primer control Prenatal

⁹ Cuello, A. Zabaleta, J. Evaluación del programa de atención prenatal en la empresa social del estado Hospital Local de Mahates Durante el segunda semestre del año 2012 [tesis]. Universidad de Cartagena. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Especialización de Gerencia en salud. Cartagena de Indias D.T y C. Mayo 2013.



1.7 CATEGORÍAS DE ESTUDIO

Razones del inicio tardío de la primera atención pre natal:

a. Institucionales

- Distancia
- Idioma en que es atendida
- Horarios de Atención en relación a la adecuación de la gestante
- Acceso al Seguro Internacional de Salud (SIS)
- Trato del personal

b. Personales

- Desconocimiento de la importancia de la primera atención prenatal
- Cuidado de los hijos
- Olvido
- Permisos laborales
- Miedo
- Cultural

1.8 MÉTODO

1.8.1 ALCANCE

La investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones¹⁰.

¹⁰ MARTÍNEZ M., Miguel. La investigación cualitativa (síntesis conceptual). Revista de Investigación en Psicología, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 123-146, mar. 2014. ISSN 1609-7475.

1.8.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se trata de una investigación cualitativa, lo que permitió la comprensión de la situación estudiada, en forma natural, con la propia visión que las informantes tienen de ello, expresándola en sus propias palabras, sin necesidad de usar conceptos complicados o estandarizados, no busca hacer una cuantificación numérica del fenómeno, sino describirlo tal cual se expresa en la vida real¹¹.

La fenomenología se caracteriza por centrarse en la experiencia personal de cada una de las gestantes entrevistadas, en vez de abordar el estudio de los hechos desde perspectivas grupales o interaccionales

La presente investigación es, por tanto, de tipo fenomenológico, porque está basada en la experiencia individual de las entrevistadas y considera que no hay motivos para dudar de la veracidad de la información.

1.8.3 POBLACIÓN Y ESCENARIO DE ESTUDIO

1.8.3.1 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de la presente investigación, fueron gestantes que acuden tardíamente a las atenciones prenatales en el Centro de Salud de Chinchero, para conocer las razones del inicio tardío de sus atenciones prenatales, considerando características socio-culturales y procedencia, en el año 2016.

La investigación es fiable por contar con las entrevistas realizadas a cada una de las gestantes (20) entrevistadas.

¹¹ TAYLOR, S, BOGDAN, R. Introducción a la metodología cualitativa de la investigación. 2ª Ed. Barcelona. Ediciones Paidós Ibérica S.A. p92. 2010.



Características de la población

a. Edad

- 13 a 18 años
- 19 a 29 años
- 30 o más años

b. Ocupación

- Ama de casa
- Estudiante
- Artesana
- Otros

c. Grado de Instrucción

- Primaria
- Secundaria
- Superior
- Superior no universitario
- N.A.

d. Estado Civil

- Soltera
- Conviviente
- Casada
- Divorciada
- Viuda



1.8.3.2 ESCENARIOS DE ESTUDIO

Fue desarrollado en el Centro de Salud de Chinchero con gestantes atendidas durante los meses de agosto a diciembre del 2016.

1.8.3.3 UNIDADES DE ESTUDIO

La unidad de estudio fueron cada una de las gestantes que acudieron a sus atenciones prenatales al Centro de Salud de Chinchero; por ser la investigación de naturaleza cualitativa, el número de las entrevistas realizadas se dará por saturación de información.

1.9 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó a través de entrevistas a profundidad, las cuales concedieron amplia libertad tanto a la entrevistada como a la entrevistadora, pues ésta decidió el orden de presentación de los temas y el modo de formular las preguntas.

1.10 VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS

El instrumento utilizado fue la ENTREVISTA a profundidad, el mismo que fue sometido a Opinión de Expertos, y se validó las preguntas a realizar a las gestantes, ajustando las preguntas según las observaciones recibidas.



1.11 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

1.11.1 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO

La entrevista se estructuró en dos partes: la primera, se elaboraron preguntas generales como la edad, el nivel educativo, estado civil, entre otras. En la segunda parte, se incluyó preguntas que responden directamente a las dimensiones de la atención prenatal y las razones por las cuales acudieron tardíamente a dichas atenciones.

1.11.2 TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS

Las entrevistas fueron transcritas en el programa MICROSOFT WORD, procesador que nos permitió agrupar los testimonios de acuerdo a las categorías para finalmente analizarlas según los supuestos planteados y de acuerdo a las categorías de estudio.



CAPÍTULO II

DESARROLLO TEMÁTICO

2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

La atención pre natal tardía en las gestantes es uno de los problemas que hay que resolver disminuyendo las inaccesibilidades existentes, los riesgos son mayores en las gestantes de las áreas rurales.

La poca accesibilidad a los establecimientos de salud, como es el tiempo empleado mayor de dos horas, es una de las razones la cual impide que las mujeres gestantes acudan tempranamente tal como afirma: PÉCORA. Y COLABORADORES (2008), desarrollo una investigación sobre la Atención pre natal tardío ¿barreras en el sistema de salud? (2008).



Es realizo un estudio de tipo observacional, transversal. Se realizó una encuesta de 401 embarazadas consecutivas que realizaron su primera consulta prenatal en el consultorio de admisión en el Hospital Materno Infantil durante los meses de Setiembre y octubre del 2007.

En los resultados se encontró que el 16% eran adolescentes hasta los 17 años y el 84% adultas mayores de 18 años

Más de la mitad del 61% de las mujeres que concurrieron por primera vez a la atención pre natal provenían de la Provincia de Buenos Aries y el resto de la Capital Federal.

La mayoría de las mujeres tardaron en llegar al hospital más de dos horas el 61%. En cuanto a la paridad el 47% fueron nulíparas y el 53% tuvo uno o más partos o cesáreas. Solo el 24% de las mujeres realizó su primera consulta prenatal en el primer trimestre y un 76% lo inició en el segundo o tercer trimestre.

Los motivos que expresaron las mujeres por las cuales no concurrieron a la atención prenatal fueron; 33% no consiguió turno, el 19% había realizado previamente alguna atención prenatal en algún centro de salud, el 13% por razones laborales, el 11% por atención a otros hijos el 9% por la distancia otro 9% por desconocimiento de la importancia de una atención prenatal precoz y solo un 6% por razones económicas.¹²

¹² PÉCORA, A. SAN MARTIN, ME. CANTERO, A. FURTARO, K. JANKOVIC, P. LLOMPART, V. Y COLABORADORES. Atención pre natal tardío ¿barreras en el sistema de salud? Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sarda 2008; 27(3) (artículo original) Pécora y Col.



Así mismo, GRANDI, C. DE SARASQUETA, P. En su estudio “Atención pre natal: Evaluación de los requisitos básicos recomendados para disminuir el daño perinatal. Bolivia 1997” nos muestra lo siguiente:

El diseño fue observacional analítico.

En los resultados encontramos que fue elevada la ausencia de la atención prenatal el 20.8% y especialmente asociada al RCIU, Mortalidad Fetal y Mortalidad Neonatal. La edad gestacional a la primera consulta fue tardía entre 24 semanas, sin relación con los factores de riesgo o de daño. Las diferencias según nivel educacional no fueron clínicamente relevantes. El comienzo de atención prenatal fue más tardío en las multíparas ¹³

Como también menciona; POO, Y COLABORADORES. En su estudio “Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en atención prenatal”. En Sogía en el año 2005.

La presente investigación constituye un estudio cualitativo a través de un diseño de estudio de casos múltiples que aborda la generación del embarazo en la adolescencia de sexo femenino entre 13 y 19 años de edad cursando su primera gestación la atención prenatal en los consultorios municipales de la comuna de Temuco. Los resultados obtenidos dan cuenta de las características asociadas al

¹³ GRANDI, C. DE SARASQUETA, P. Atención pre natal: Evaluación de los requisitos básicos recomendados para disminuir el daño perinatal. Rev. Soc. Bol. Ped. 1997; 36 (Supl.1): S15-S20; Prenatal Care, Risk, Factors, Primary care, Maternal-infante health. (Artículo Original). Rev. Soc. Bol. Ped 1997;36 (Suplemento 1): S15-S20



embarazo en esta etapa, configurándose 3 núcleos de contenidos. El de mayor relevancia se relacionan con factores individuales, involucrando elementos a nivel emocional, de pensamiento y de acción otros ámbitos que influyen son la familia, especialmente a nivel de dinámica y estructura y lo social que alude a las relaciones interpersonales que establecen los jóvenes y a la percepción que tiene del contexto inmediato en el que se desenvuelvan.¹⁴

Por otro lado, CUELLOS, S. ZABALETA EGEA, JL. En su investigación, “Evaluación del programa de atención pre natal en la empresa social del estado Hospital local de Mahates durante el segundo semestre del año 2012”

Se trata de un estudio descriptivo de cohorte transversal donde se analizará la calidad del programa en atención pre natal del E.S.E. hospital local de Mahates teniendo en cuenta la información correspondiente al segundo semestre del año 2012.

Al realizar el análisis de los hallazgos obtenidos mediante las matrices de evaluación, detección, calidad, de las complicaciones e indicaciones de gestión del programa de atención pre natal de la ESE Hospital Local de Mahates encontramos los siguientes resultados:

No existe una programación de las actividades para la vigencia de cada contrato, por lo tanto la presente administración de la ESE, pretende hacer de la salud perinatal un foco de atención tan importante como lo es hoy la salud materna y eso requiere de estrategias novedosas y también basadas en evidencia que

¹⁴ POO A. BAEZA B. CAPEL P, LLANO M, TUMA D, ZUÑIGA D.

Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en atención prenatal. Rev. Sogia 2005; 12 (1): 17-24



fortalezcan las acciones pertinentes en este tema y que se encuentran plasmadas en dicho programa donde el único ganador es la gestante.¹⁵.

2.1.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Por otro lado, MUNARES, O. en su investigación “Factores asociados al abandono al control pre natal – Instituto Nacional Materno Perinatal-2011. Lima- Perú 2014”, nos dice:

Estudio de casos y controles donde se asigna a 662 gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, divididas en 331 pacientes con abandono al control pre natal (casos) y 331 pacientes sin abandono al control pre natal (control es), pareadas según fecha de atención del parto y sexo del recién nacido, a los cuales se aplicó el instrumento de recolección de datos que indagó datos generales y los factores de abandono: social, institucional y personal. Posteriormente toda la información fue procesada a una base de datos de Microsoft Excel y analizada a través del programa estadístico SPSS versión 20 a través de estadísticas descriptivas e inferenciales.

Hubo indiferencias en cuanto al número de gestaciones entre casos y controles. Los factores sociales asociados fueron dificultad de permiso en el trabajo y dificultad por quehaceres domésticos. Los factores institucionales fueron trato inadecuado, personal de salud- paciente insatisfecha, relación profesional de la salud paciente impersonal, episodios de maltrato de parte del personal, poca prioridad para su atención pre natal, incorporación entre los servicios, tiempo de

¹⁵ Cuello, A. Zabaleta, J. Evaluación del programa de atención prenatal en la empresa social del estado Hospital Local de Mahates Durante el segundo semestre del año 2012 [tesis]. Universidad de Cartagena. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Especialización de Gerencia en salud. Cartagena de Indias D.T y C. Mayo 2013.



espera largo, servicios incompletos, calidad inadecuada del control pre natal y consultorio perinatal difícil de ubicar. Los factores personales fueron olvido de la cita, dificultad para el cuidado de los hijos y multiparidad. El análisis multivariado determino asociación dificultades de permisos en el trabajo, dificultades por quehaceres domésticos, servicios incompletos, consultorio prenatales difícil de ubicar y calidad inadecuada del control pre natal.¹⁶

2.1.1.3 ANTECEDENTES LOCALES

Así mismo, SANTOS, C. afirma en su investigación, “Asociación del control pre natal con la muerte materna y neonatal precoz en el hospital Antonio Lorena Cusco 2005-2007”.

El propósito de la investigación fue encontrar la relación que existe entre el control pre natal con la muerte materna y neonatal precoz en pacientes entendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco durante los años 2005 al 2007.

Es un estudio descriptivo, de diseño retrospectivo, de corte trasversal, cuyo objetivo general es determinar la asociación entre el inadecuado control prenatal y la mortalidad materna y neonatal precoz en el Hospital Antonio Lorena de Cusco durante los años 2005 al 2007, la población a estudiar son todas aquellas pacientes que culminaron en mortalidad materna que fueron 09 pacientes y mortalidad neonatal precoz que fueron 107 pacientes en el periodo antes mencionado.

¹⁶ Munares, O. Factores Asociados al Abandono al control Pre natal- Instituto Nacional Materno Perinatal- 2011 [Tesis]. Lima; Universidad Nacional Mayor de San Marcos, facultad de Medicina Humana, Unidad de Post grado, Lima-Perú 2014.



Se consideró como hipótesis que existe asociación entre controles pre natales inadecuados y la mortalidad materna y neonatal precoz.

Los resultados muestran que no existe diferencia relevante entre las pacientes con controles pre natales inadecuados o adecuados debido a que el número de casos que culminaron en muerte materna o neonatal precoz es similar en ambos casos.

El total de casos fueron 107 muertes neonatales precoces, donde las principales causas de muerte fueron de acuerdo a la frecuencia del síndrome de dificultad respiratoria, sepsis del recién nacido y malformaciones congénitas. Además, se obtuvo 09 casos de mortalidad materna, cuyas causas principales fueron de parto y aborto. De acuerdo al grupo etario se apreció que la mayoría de muertes neonatales precoces se produjeron en el primer día de vida y que en la mortalidad materna las edades de las pacientes que fallecieron fluctuaron entre 22 a 46 años. Así mismo se observó que no existe marcada diferencia tanto en la mortalidad neonatal precoz y mortalidad materna con respecto al nivel de educación ni el lugar de procedencia¹⁷

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 ATENCIÓN PRE NATAL

2.2.1.1 ORÍGENES DE LA ATENCIÓN PRE NATAL

Aunque no se conoce con exactitud los orígenes de la atención pre natal, Hall (1985) refiriere que surge desde los inicios de la raza humana, como una necesidad de tener

¹⁷ Santos, C. Asociación del control Pre-Natal con la Muerte Materna y Neonatal Precoz en el Hospital Antonio Lorena del Cusco 2005 al 2007 [Tesis]. Cusco: Universidad Andina del Cusco, Facultad de Ciencias de la Salud; 2009.



infantes saludables para contar con soldados aptos para la guerra o, en época de paz, para el trabajo. La manera de llevarla a cabo ha variado a lo largo de la historia y frecuentemente ha tenido un entorno lleno de mitos y tabúes.

Existen pocos escritos sobre los cuidados durante en el embarazo, ya que la atención giraba alrededor del parto. Entre los documentos más antiguos de origen chino que recomendaban a la embarazada evitar la comida abundante y el ejercicio excesivo. En India en el siglo II A.C. se escribieron algunas reglas sobre alimentación, bebidas, ejercicios, ropa cómoda y tener la compañía de personas.

Referencias bíblicas señalan como riesgo para el embarazo, con un posible parto prematuro, que la gestante recibiera malas noticias, sufriera violencia, tuviera accidentes o influencias divinas.

La atención del embarazo y el parto en Estados Unidos: la atención pre natal organizada fue introducida en Estados Unidos por reformadores sociales y enfermeras, inicio como visita domiciliaria y se fue transformando en servicio de consulta externa. En Nueva York inicio la atención pre natal de manera organizada en 1907. Pero durante mucho tiempo fue proporcionada después del séptimo mes de embarazo.

En 1920, la atención pre natal consistía de un examen físico y la medición de la presión arterial en el Hospital durante la primera visita. Posteriormente, se visitaba cada dos semanas a la embarazada en su casa, hasta el séptimo mes y cada semana en los últimos meses.



En 1924, los líderes del área de salud Materno Infantil de Estados Unidos publicaron en qué consistía la atención pre natal, a raíz de lo cual se creó un comité encargado de establecer los estándares de la atención pre natal, que fueron publicados en 1925.

En conclusión, los beneficios de la atención pre natal se han obtenido a través de varios cambios ocurridos a lo largo de la historia¹⁸.

2.2.1.2 ATENCIÓN PRE NATAL

En todo establecimiento de salud según nivel de complejidad, se brindara la atención prenatal reenfocada que consiste en: vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que puedan considerar morbimortalidad materna y perinatal, para lograr un recién nacido sano sin deterioro de la salud de la madre, considerando el contexto físico, psicológico y social, en el marco de los derechos humanos y con enfoque de género o interculturalidad.

La primera consulta de atención prenatal deberá tener una duración no menor de 30 minutos y en las consultas de seguimiento debe durar no menos de 15 minutos.¹⁹

CARACTERÍSTICAS.- Un atención pre natal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

- **PRECOZ.-** La primera visita debe efectuarse tempranamente, en lo posible durante el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental de la atención.

¹⁸ Valadez I, Atención Pre natal en Jalisco, Colección; Producción Académica de los Miembros del Sistema Nacional de Investigadores (investigadores de la Universidad de Guatemala Pro-SIN/1, primera edición México: edición Universidad de Guadalajara; 2002.

¹⁹ Ministerio de Salud. Resolución Ministerial. Documento N° 827-2013/MINSA. Expediente N° 13- 39117-003, que adjunta el informe N° 458-2013- DGSP-EVN/MINSA. De la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerios de Salud. Lima 24 de Diciembre del 2013



Además, torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir

- **PERIÓDICO.-** La frecuencia de las atenciones pre natales varían según el grado de riesgo que presenta la embarazada. Para la población de bajo riesgo se requieren 5 atenciones
- **COMPLETO.-** Los contenidos mínimos de la atención pre natal deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
- **AMPLIA COBERTURA.-** En la medida que el porcentaje de la población controladas es más alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) mayor será el impacto positivo sobre la morbilidad materna y perinatal²⁰

En el Perú las cifras estadísticas con respecto a la falta de atención prenatal, solo el 1.7% de mujeres respondieron que “no recibió atención”.

No obstante, el 8.6% de mujeres sin educación, el 7.3% con el sexto o posterior nacimiento y 4.6 entre las ubicadas en el quintil inferior de riqueza, muestran los porcentajes más alto de mujeres sin atención prenatal. Es por el motivo que el Ministerio de Salud tiene como objetivo la atención prenatal y su paquete para la atención al primer control prenatal y seguimiento y se le realiza varias pruebas para

²⁰ Asprea I, García O, Nigri C. Recomendaciones para la Práctica del Atención Preconcepcional, Pre Natal y Puerperal, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. 1° Edición, julio 2013. Pg.: 28-29.



un diagnóstico preventivo y que la atención prenatal tiene que ser precoz, periódico y completo con todos los paquetes incluidos.²¹

2.2.2 NUEVO MODELO DE ATENCIÓN PRE NATAL DE LA OMS

(Organización Mundial de Salud)

En principio, el nuevo modelo de atención pre natal de la Organización Mundial de la Salud divide a las mujeres embarazadas en dos grupos: aquellas elegibles para recibir la atención pre natal de rutina (llamado componente básico) y aquellas que necesitan cuidados especiales determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo. La elegibilidad de las mujeres para el componente básico se determina a través de los escritos pre establecido.

Las mujeres seleccionadas para seguir el componente básico son quienes no requieren ninguna otra evaluación o cuidado especial en el momento de la primera visita independientemente de la edad gestacional. A las mujeres restantes se les brinda el cuidado correspondiente a su patología o factor de riesgo detectado.

Las mujeres que necesitan cuidados especiales representan, en promedio aproximadamente un 25% de todas las mujeres que inician la atención pre natal²².

Según la Organización Mundial de Salud, la definición conceptual de control prenatal se sigue utilizando en muchos países pero bajo una resolución ministerial N°

²¹ Encuesta Demográfica y de salud familiar 2013. Salud Materna. Pag. 05

²² Villar J. Bergjos P. Organización Mundial de la Salud. Nuevo Modelo del Atención pre natal OMS [protocolo]. Grupo de investigación del Estudio de Atención prenatal de la OMS.



827-2013/MINSA se encuentra la determinación por el Ministerio de Salud de cambiar el término de control prenatal a Atención prenatal.²³

OBJETIVOS BÁSICOS DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Los objetivos básicos de la atención prenatal, que busca la atención integral de la gestante y la disminución de la morbilidad materna y perinatal, son:

- Facilitar el acceso de todas las gestantes a los servicios de salud para su atención. A respecto la Organización Mundial de Salud recomienda:

Los prestadores de salud deben hacer que todas las mujeres embarazadas se sientan bienvenidas a su clínica. Los horarios de apertura de las clínicas que proveen el programa de atención prenatal deben ser tan convenientes como sea posible para favorecer la concurrencia de las mujeres. Se ha demostrado que cuanto mayor el número de horas que las clínicas dedican para la atención de las pacientes, más elevado será el número de mujeres que solicitan atención prenatal en las mismas. Los prestadores de salud deben dedicar todos los esfuerzos posibles para cumplir con el horario de los turnos y de esta forma, reducir el tiempo de espera de las pacientes, sin embargo las mujeres que vienen sin turno no deberían de ser rechazadas aun cuando no existiera ninguna urgencia. Mientras sea posible, cualquier intervención o prueba requerida debería realizarse el mismo día que la mujer tiene la consulta.

- Promover el inicio temprano de la atención prenatal, siempre antes de las 8 semanas de gestación; y la asistencia periódica de la gestante a este programa, hasta el momento del parto.

²³ Ministerio de Salud. Resolución Ministerial. Documento N° 827-2013/MINSA. Expediente N° 13-039117-003, que adjunta el informe N° 458-2013- DGSP-EVN/MINSA. De la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerios de Salud. Lima 24 de Diciembre del 2013



- Identificar tempranamente los factores de riesgo biopsicosociales y las enfermedades asociadas y propias en la gestante para una atención adecuada y oportuna
- Dar una atención integral a la mujer embarazada de acuerdo a sus condiciones de salud, articulando de manera efectiva los servicios y niveles de atención en salud de los que disponga.
- Educar a la mujer y su familia acerca del cuidado de la gestación, la atención del parto y del recién nacido, la lactancia materna y la planificación familiar²⁴.

2.2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS Y ACTIVIDADES PROPUESTAS PARA LA ATENCIÓN PRE NATAL

Objetivos específicos:

- Confinar el embarazo
- Mejorar la calidad de la atención pre natal
- Obtener datos para planificar la atención pre natal, la atención del parto, el puerperio y el recién nacido
- Contar con una hoja de ruta que guie al prestador para brindar una atención pre natal de calidad
- Detectar riesgo en la población
- Conocer información relevante del embarazo

Actividades Propuestas

²⁴ Parra M, El Atención Pre Natal. Capítulo 5. Pg. 76-77



- Realización de exámenes clínicos y paraclínicos para diagnosticar el embarazo
- Utilización de alguna tecnología apropiada
- Empleo del sistema informático personal
- Uso de las historias clínicas perinatales
- Evaluación del riesgo perinatal
- Anamnesis

Con la atención pre natal se consigue:

- La detección de enfermedades maternas subclínicas
- La prevención, diagnóstico temprano del embarazo
- La vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal
- La disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo
- La preparación psicofísica para el nacimiento
- La administración de contenidos educativos para la salud, la familia y el recién nacido.
- La información a las mujeres embarazadas sobre los signos de alarma durante el embarazo y conducta a seguir

La atención pre natal debe ser eficiente y cumplir con cuatro requisitos: precoz, periódica, completa y de amplia cobertura.

Las actuaciones de la red de atención primaria de la salud y de la red hospitalaria son los siguientes:



Atención Primaria

- Captación de la mujer embarazada
- Atención del embarazo normal
- Detección del riesgo gestacional y derivación a Atención Especializada, si procede
- Educación sanitaria y maternal
- Asistencia al puerperio extra hospitalario

Atención Especializada

- Valoración y seguimiento del embarazo de riesgo
- Hospitalización del embarazo de riesgo
- Interconsultas ante situaciones de duda diagnóstica pre natal invasivas
- Atención del embarazo que supere a las 40 semanas
- Asistencia al parto y puerperio inmediato²⁵.

2.2.4 IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL

La atención pre natal es un conjunto de acciones asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud y la embarazada a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.

El modelo de atención pre natal de la Organización Mundial de Salud clasifica a la mujer embarazada en dos grupos:

²⁵ Protocolo de atención Pre natal en Atención Primaria de la Salud. Protocolo 1, Perú 2011 [En línea] Pg. 6.



- Aquellas elegibles para recibir la atención pre natal de rutina, llamado componente básico.
- Aquellas que necesitan cuidados especiales determinados por sus condiciones de salud y/o factores de riesgo.

La inserción de la mujer en el componente básico se determina a través de criterios preestablecidos. Las seleccionadas para este son quienes no requieren ninguna otra evaluación o cuidado especial en el momento de la primera visita, independientemente de la edad gestacional. Las no elegibles para el componente básico serán remitidas para la atención especializada.

Estas representaran aproximadamente el 25% de todas las mujeres que inician la atención pre natal²⁶.

2.2.5 ESQUEMA DE VISITAS DE ATENCIÓN PRE NATAL

Proponemos un esquema de entre cuatro y seis visitas atendiendo a las normativas nacionales e internacionales.

La primera consulta pre natal debe realizarse lo más precozmente posible y preferiblemente de forma conjunta por el médico/a y la obstetra del establecimiento de salud. Existe evidencia científica de que una primera visita antes de las 14 semanas de gestación se acompaña de mejores resultados perinatales.

Posteriormente, dos visitas en el segundo trimestre y tres en el tercero. Si la gestante no tuvo el parto a las 40 semanas, será derivada al hospital- maternidad. La duración aproximada de las visitas será entre 30 a 40 minutos para la primera y 20 minutos

²⁶ Protocolo de atención Pre natal en Atención Primaria de la Salud. Protocolo 1, Perú 2011 [En línea] Pg. 5.



para las siguientes, garantizando que sea realizada todas las actividades propuestas y se complementan debidamente la historia clínica perinatal y el carnet perinatal.

2.2.6 IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Listado de factores de riesgo que deben ser evaluados en todas las embarazadas:

Condiciones socio-demográficas

- Edad menor de 17 años o mayor de 35 años
- Desocupación personal y /o familiar
- Analfabetismo
- Desnutrición
- Obesidad
- Dependencia del alcohol, drogas ilícitas y abuso de fármacos en general
- Tabaquismo
- Violencia doméstica

Antecedentes obstétricos

- Muerte perinatal en gestación anterior
- Antecedente de recién nacido con malformaciones del tubo neural
- Amenaza de parto prematuro en gestaciones anteriores
- Recién nacido con bajo peso al nacer mayor de 2500g, igual o mayor a 4000g.
- Aborto habitual o provocado
- Cirugía uterina anterior
- Hipertensión Arterial



- Diabetes gestacional en embarazos anteriores
- Nuliparidad o multiparidad
- Periodo intergenésico mayor de 2 años

Patologías del embarazo actual

- Desviaciones en el crecimiento fetal
- Embarazo múltiple
- Oligoamnios/ polidramnios
- Ganancia de peso inadecuada
- Amenaza de parto pre término o gestación prolongada
- Pre eclampsia
- Hemorragia durante la gestación
- Ruptura prematura de membranas ovulares
- Placenta previa
- Diabetes gestacional
- Hepatopatías del embarazo
- Malformaciones fetales
- Madre con factor RH negativo con o sin sensibilización
- Óbito fetal
- Enfermedades infecciosas: tuberculosis, sífilis, HIV (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), rubeola, citomegalovirus, parvovirus, varicela, herpes genital, HPV, hepatitis A, B y C, Chagas, toxoplasmosis aguda.



Patologías maternas previas al embarazo

- Cardiopatías
- Neuropatías
- Endocrinopatías
- Hemopatías
- Hipertensión Arterial
- Epilepsia
- Enfermedades infecciosas

2.2.7 PRIMERA CONSULTA PRE NATAL

Completar el formulario de clasificación para el componente básico de la Organización Mundial de la Salud y clasificar a la gestante.

Llenar los apartados de datos personales y antecedentes de la historia clínica perinatal básica.

Investigar la presencia de antecedentes o patologías previas que pudieran ser causa de derivación.

Preguntar sobre síntomas de infección urinaria.

Evaluación riesgo social, malos tratos, bajo nivel socioeconómico, analfabetismo, poco apoyo familiar.

Durante la primera consulta pre natal se debe obtener y documentar mediante anamnesis la historia clínica de la forma más completa posible, obteniendo información sobre:



- Filiación
- Antecedentes familiares
- Antecedentes personales
- Antecedentes médico- quirúrgicos
- Historia menstrual
- Antecedentes reproductivos
- Condiciones socio demográficas
- Hábitos higiénicos – dietéticos
- Síntomas asociados con la evolución del embarazo actual

Debe realizarse una exploración física general, ginecológica y mamaria.

Deben pedírseles exploraciones complementarias recomendadas para el correcto control del estado de salud materno- fetal.

Debe realizarse la identificación de los factores de riesgo perinatal.

Debe proporcionarse asesoramiento medico e información a la mujer sobre:

- Alimentación y medidas de higiene
- Riesgo asociado con el consumo del alcohol, tabaco, drogas y fármacos
- Actividad física, laboral y sexual
- Lactancia materna
- Síntomas y signos de alarma

Dentro del examen físico tenemos:

- Llenar la historia clínica perinatal básica y el carnet perinatal



- Examinar si presenta signos de anemia severa: palidez en piel, uñas, conjuntivas, mucosas orales y punta de la lengua, falta de aire
- Medir la presión sanguínea
- Auscultar tórax y corazón
- No olvidar examen buco- dental
- Medir altura uterina en centímetros y graficar en la tabla correspondiente del carnet perinatal
- Realizar el examen genital utilizando un espejo, especialmente si existe alguna patología o trastorno y toma de muestra para el examen de Papanicolaou si no lo tuviera según normas
- Realizar examen de mama

Evaluar diagnósticos probables como:

- Anemia
- Desnutrición, sobrepeso u obesidad
- Retardo de crecimiento intrauterino por altura uterina a partir de la semana 12 de gestación
- Enfermedades endémicas epidérmicas de acuerdo a información posible para cada territorio social
- Hipertensión crónica o inducida por el embarazo
- Infección de vías urinarias
- Cardiopatías

Definir si es elegible para el componente básico del nuevo modelo de atención de la Organización Mundial de la Salud o si necesita atención especializada.



Exámenes Complementarios:

- Prueba de tiras reactivas múltiples para bacteriuria y proteinuria. Orina simple y /o uro cultivo según proceda
- Hemograma
- Análisis de tipo de sangre y RH
- Glicemias en ayunas
- Estudio para sífilis (prueba rápida). Si no es posible solicitar VDRL
- Test rápido para determinación del VIH
- Solicitar estudio ecográfico para determinar edad gestacional, de preferencia entre las semanas 11 y 14

Intervenciones:

Suplemento de hierro, ácido fólico: un comprimido de 60 mg de hierro elemental y 250 microgramos de ácido fólico una a dos veces por día

Si la prueba rápida de sífilis es positiva iniciar tratamiento. Si se realizó VDRL y su resultado es positivo realizar búsqueda de la paciente para el tratamiento

Administración de la vacuna TD y anti- influenza según esquema de vacunación del PAI

En áreas endémicas de paludismo y/o enfermedades de Chagas

Consejería sobre hábitos de visita saludable adaptada a las necesidades de mujer dependiendo de las semanas de gestación, de los datos obtenidos de la anamnesis y de su situación personal



2.2.8 PREGUNTAS, RESPUESTAS Y CONSEJERÍA

Preguntas y respuestas, momento de comunicación libre

Aconsejar a la mujer que invite a su pareja o algún miembro de la familia o amiga a las siguientes visitas de la atención del control pre natal para que puedan involucrarse en las actividades y aprendan como apoyar a la mujer a lo largo de su embarazo

Dar consejos sobre a quién llamar o donde acudir en casos de sangrado dolor abdominal o cualquier otra emergencia o cuando se necesita consejo

Entregar el carnet perinatal y el formulario preparando mi parto e instruir para su correcto llenado

DERIVACIÓN.- Si necesita atención especializada según formulario clasificación para componentes básicos según la Organización Mundial de Salud.

PRÓXIMA CITA.- Citar a la próxima atención con resultados exámenes complementarios solicitados lo antes posible.

CONSULTAS PERINATALES SUCESIVAS

Con el fin de controlar clínicamente la evolución del embarazo, en cada nueva consulta pre natal se debe:

Obtener información sobre la evolución del embarazo desde la consulta previa.

Realizar las exploraciones y pruebas complementarias recomendadas para la adecuada atención pre natal e información a la gestante de sus resultados.

Actualizar la clasificación de riesgo perinatal



Mantener, actualizar y en su caso incrementar las acciones informativas y promotoras de la salud de acuerdo con la situación específica de cada gestante.

La frecuencia de las consultas pre natales sucesivas está determinada por las necesidades individuales de cada mujer y la prevención de posibles factores de riesgo asociados, siendo aconsejable un cierto grado de flexibilidad. La mujer que presenta complicaciones médicas y obstétricas del embarazo requiere una vigilancia más estricta. En esta situación, el intervalo de estas consultas estará determinado por la naturaleza y gravedad del problema.

Existe un acuerdo generalizando en que la realización entre 7 y 10 consultas pre natales durante el embarazo normal se acompaña de mejores resultados perinatales. El número ideal de consultas es difícil de establecer, pero suele aceptarse que con menos de 5-6 visitas, es difícil considerar que un embarazo este bien controlado²⁷ Generalmente una mujer con un embarazo que evoluciona sin complicaciones debe acudir a la consulta con la siguiente periodicidad:

- Hasta la semana 36° : cada 4-6 semanas
- De la semana 37° a la 40° semanas de la gestación: cada 1-2 semanas
- Después de la semana 40° de la gestación : de 1 a 3 veces por semana

Al termino del embarazo, la recomendación general es ofrecer a la gestante un curso gestacional normal la finalización electiva de su embarazo en la semana 41²⁸. El objetivo de las visitas pre natales posteriores es confiar la buena evolución del embarazo, ofrecer apoyo emocional y detectar cualquier complicación o situación de

²⁷ Usandizaga, M. La conducción del embarazo normal: consulta pre natal. Concepto de riesgo elevado y su detección. En Cabero Roura L. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Madrid, Ed., Medica Panamericana; 2003, Cap. 33. Pg. 4

²⁸ SEGO. Protocolo. Embarazo cronológico prolongado. 2010

riesgo que no se haya puesto de manifiesto en la primera visita. La identificación del riesgo gestacional es un proceso dinámico y evolutivo que debe realizarse en cada visita pre natal. Para ello, es necesario realizar un número adecuado de consultas pre natales a lo largo del embarazo, las sucesivas visitas pre natales pueden ser realizadas de forma alternativas por el médico y la obstetra del establecimiento de salud de forma conjunta

2.2.9 VALORACIÓN DEL RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

Un factor de riesgo perinatal es una característica o circunstancia social, medica, obstetricia o de otra índole que incidiendo sobre la gestación, se asocia a una morbilidad y mortalidad perinatal y materna superior a la de la población general. Por tanto, el principal objetivo de la valoración del riesgo perinatal en la primera y sucesivas consultas pre natales es preventivas en función de los riesgos identificados con el fin de disminuir esa morbi-mortalidad aumentada. Aunque existe una buena relación entre la existencia de factores de riesgo durante la gestación y el desarrollo de complicaciones, pueden ocurrir problemas en las embarazadas sin factores de riesgos. Bajo no significa ausencia de riesgo y es imprescindible advertir que, a pesar de una estricta y planificada atención pre natal, no puede garantizarse un hijo perfecto.

VALORACIÓN DEL RIESGO MATERNO- FETAL

De manera permanente en cada consulta de la atención pre natal el profesional de la salud deberá estar alerta en la identificación de factores de riesgo y enfermedades asociadas o propias del embarazo para su oportunidad y adecuado manejo con el propósito de garantizar las mejores condiciones de salud a la madre y al feto.



Las actividades básicas de la atención pre natal son suficientes para garantizar una adecuada atención a la gestante de bajo riesgo, aproximadamente un 75 por ciento de las mujeres embarazadas. La gestante de alto riesgo, aquellas con factores de riesgo, enfermedades previas o propias de la gestación, que presentan un mayor riesgo de morbilidad materna y perinatal con respecto a la población general, adicionalmente deben ser remitidas tan pronto sean identificadas al especialista de obstetricia y ginecología para su valoración y manejo individualizando.

EDUCACIÓN MATERNA

En el primer trimestre de la gestación es necesario capacitar a la gestante y su pareja o apoyo familiar y estos son

- La atención pre natal, su importancia, actividades a desarrollar y frecuencia de las atenciones
- La documentación necesaria para solicitar el servicio, los sitios y horario de atención para la consulta de atención y su urgencia
- Los signos de alarma por los que deben asistir al servicio de urgencias: hipertensión arterial, cefalea, epigastralgia, tinnitus, edemas de predominio matutino en cara, manos y/o miembros inferiores; sangrado vaginal, amenorrea, actividad uterina regular, fiebre, poliuria, disuria
- La promoción de hábitos saludables con relación a nutrición, actividad física, sexual, sueño, viajes, tabaquismo, alcoholismo, consumo de sustancias psicoactivas, abuso de fármacos en general, exposición a tóxicos e irritación y otros



En el segundo y tercer trimestre, adicionalmente hacer énfasis en los siguientes aspectos:

- El curso de preparación para el parto
- La lactancia, su importancia y técnicas de amamantamiento
- El cuidado del recién nacido, la importancia del control al crecimiento y desarrollo y cumplimiento del esquema de vacunación
- Planificación familiar, su importancia, método disponible y momento ideal de inicio en el postparto.

2.2.10 ATENCIÓN PRE NATAL TARDÍO

Hablamos de la atención pre natal de inicio tardío cuando la mujer embarazada concurre por primera vez a la consulta habiendo cumplido ya su tercer mes de embarazo. Es importante definir que entendemos por la atención pre natal: se refiere a la serie de visitas programadas de la embarazada hacia el equipo de salud, con el fin de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del futuro bebe.

La atención pre natal tiene los siguientes objetivos: Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y la crianza. Prevenir diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo. Vigilar el crecimiento y la vitalidad del feto (condición fetal). Detectar y tratar enfermedades maternas. Preparar a la embarazada física y psíquicamente para el nacimiento.

Educación materna debe tener signos y síntomas de alarma en la gestación que deben motivar la consulta urgente y estas son:



- Dolor de cabeza
- Zumbidos de oído
- Visión borrosa
- Náuseas y vómitos frecuentes
- Disminución o ausencia de movimientos del feto
- Palidez marcada
- Hinchazón de pies, manos, cara
- Perdida de líquido o sangre por la vagina o genitales
- Aumento más de dos kilos por semana

Algunas complicaciones asociadas a la atención pre natal tardío

- Mayor número de aborto
- Retardo de crecimiento intra uterino
- Bajo peso al nacer
- Aumento de partos prematuros
- Cuidados insuficientes de la madre y el feto
- Ausencia de ecografía precoz(dudas con la edad gestacional y con malformaciones embrionarias)
- Complicaciones asociadas: anemias, hipertensión arterial, pre eclampsia, infecciones urinarias.
- Enfermedades metabólicas (diabetes durante el embarazo, hipercolesterolemia, hipotiroidismo)
- Hemorragias del tercer trimestre con peores consecuencias como casos con placenta previa



- Miedo y temores a volver a embarazarse. Posibles dificultades en la pareja
- Aumento de la morbilidad perinatal y materna

Es por todo esto que cualquier mujer ante la mínima sospecha de un posible embarazo debe consultar inmediatamente con el profesional médico, a los fines correspondientes a un diagnóstico presuntivos de embarazo, sino también para cuidar mejor de su salud y la de su bebé desde el primer momento.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **ATENCIÓN PRENATAL.-** Es el conjunto de actividades que recibe toda embarazada durante la gestación. La atención médica para la mujer embarazada es importante para asegurar un embarazo saludable e incluye controles regulares y análisis prenatales.
- **MORTALIDAD MATERNA.-** Es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de embarazo independiente de su duración y lugar, debida a cualquier causa relacionada con la gestación o agravada por esta o con su forma de atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Las muertes maternas pueden ser directas, indirectas y accidentales.
- **MORTALIDAD PERINATAL.-** También llamada muerte perinatal que se refiere a la muerte del feto o recién nacido desde las 28 semanas de embarazo hasta la primera semana de vida (7 días de vida)
- **HIPERTENSIÓN ARTERIAL.-** Es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea en las arterias, puede aumentar en el momento de la gestación



- CEFALEA.- Dolor de cabeza intenso y persistente que va acompañado de sensación de pesadez que puede ser común en el embarazo.
- EPIGASTRALGIA.- Es el dolor abdominal o específicamente dolor en epigastrio siendo esta la región situada en la parte anterior, superior y central del abdomen.
- TINITUS. - También llamados acufenos son un fenómeno perceptivo que consiste en notar golpes o sonidos en el oído que no pertenece de ninguna fuente externa.
- EDEMAS. - Es la acumulación de líquido en el espacio tejido intercelular o intersticial además de la cavidad del organismo.
- TASA DE MORTALIDAD. - Es la proporción de personas que fallecen respecto al total de la población usualmente expresadas en tanto por mil.
- RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO. - Retraso del crecimiento del feto dentro del útero, haciendo que su peso esté por debajo del percentil 10 esperado para la respectiva edad gestacional.
- BAJO PESO AL NACER. - El peso al nacer del neonato menos de 2500 gramos
- PARTO PREMATURO. - Parto ocurrido antes de las 37 semanas de gestación
- INICIO TARDÍO DE ATENCIÓN PRENATAL: cuando la gestante acude a una primera atención prenatal con más de 14 semanas de gestación.

2.4 CONCEPTO DE GÉNERO

En 1962, cuando se encontraba en preparación los ensayos para el número de primavera 1964 de Daedalus, “the woman in América”, talcott Parsons era el teórico social cuyo



punto de vista sobre la familia y los papeles de los hombres y las mujeres en las sociedades modernas moldeaba el discurso convencional. Los tres ensayos suyos en el volumen *Family, socialization and Interaction Process*²⁹, escritos a comienzos de los años 50 se basaban en la misión muy común entonces de la modernización, que sostenía que los papeles de genero tiene un fundamento biológico y que el proceso de modernización había logrado racionalizar la asignación de estos papeles. Lo que Parsons entendía por racionalización era la definición de papeles de genero con base en las funciones económicas y sexuales. Sus teorías implicaban que las comunidades conformadas por personas del mismo sexo tales como el Clero célibe y los/las religiosos/as enclaustrados/as acabarían por desaparecer por no resultar funcionales. Una serie de supuestos acerca de la naturaleza normativa del vínculo de pareja en la sociedad moderna resultaban centrales para el pensamiento de Parsons. En su visión del mundo moderno, el matrimonio y la familia que se derivan de él funcionaban gracias a la presencia de una serie de vínculos de apoyo mutuo tanto económicos como afectivos en los que la capacidad del hombre para el trabajo instrumental (publico, productivo, o gerencial) se complementaban con la habilidad de la mujer para manejar los aspectos expresivos de la vida familiar y la crianza de los hijos. Es cierto que existía variaciones dentro de este modelo de papeles de genero basadas en diferencia de clase, pero en la descripción de Parsons la división fundamental entre el comportamiento instrumental

²⁹ Talcott Parsons Y Robert F. Bayles, en colaboración con James Olds, Morris Zelditch Jr. Y Philip E. Slater, *Family, Socialization, and Interaction Process*, Free Press Glencoe, IL, 1955.



del hombre y el expresivo de las mujeres trascendía los límites de las clases y las culturas nacionales.³⁰

³⁰ Marta Lamas, El Género la Construcción cultural de la diferencia sexual, Compiladora, estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género. México 2013.]Revista] (pág. N° 21-22)



CAPÍTULO III

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS

3.1 RESULTADOS DEL ESTUDIO

Los resultados obtenidos en la presente investigación, los mismos que están detallados tanto en una tabla, como en la redacción de los testimonios.

3.1.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

La característica de la población estudiada se muestra en la Tabla N° 1, en la cual se hace referencia a la Información Socio cultural de las 20 pacientes entrevistadas, a un Código que es un nombre ficticio para identificar a cada una de ellas, su edad y su edad gestacional

TABLA N° 1

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

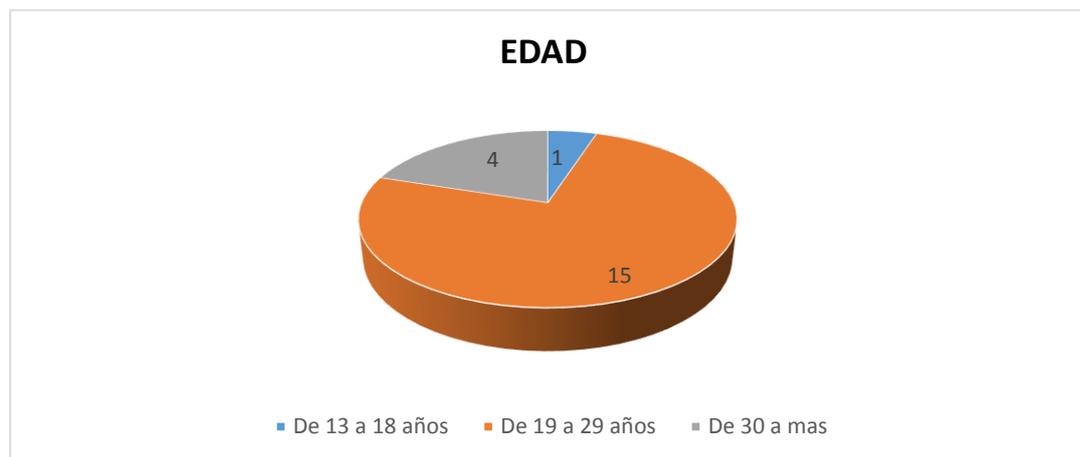
N° DE ENTRE VISTA	CÓDIGO: NOMBRE REFERENCIAL DE LA PACIENTE	EDAD DE LA GESTANTE (AÑOS)	EDAD GESTACIONAL DE LA PRIMERA ATENCIÓN	DURACION DE LA GRABACIÓN	TIEMPÓ DE DEMÓRA	ÓCUPACIÓ N	N° DE HIJÓS
01	Yesica	23 años	15 semanas	37:49	30 minutos caminando	ama de casa	2 hijos
02	Delia	16 años	22 semanas y 3 días	26:42	25 minutos caminando	artesana	-----
03	Mirian	19 años	16 semanas	25:35	10 a 15 minutos caminando	ama de casa	1 hijo
04	Gloria	30 años	18 semanas	23:04	caminando 2 horas y carro 10 minutos	ama de casa	2 hijo
05	Lucia	24 años	20 semanas	47:10	caminando 1 hora y 20 minutos en carro	negocio de ovinos	----- -
06	Maribel	20 años	16 semanas	31:10	caminando 25 minutos y en carro será cinco minutos	ama de casa	----- -
07	Elsa	23 años	15 semanas	14:48	carro 10 minutos caminando 1 hora	ama de casa	1 hijo
08	Roxana	23 años	14 semanas 2 días	31:54	caminando 10 minutos	ama de casa	1 hijo



09	Nelly	30 años	15 semanas	22:25	caminando 10 minutos	ama de casa	2 hijo
10	Nicolasa	26 años	14 semanas 6 días	29:50	caminando 3 minutos	comerciant e	-----
11	Martha	38 años	19 semanas	43:23	caminando llego en media hora	artesana	2 hijo
12	Alicia	29 años	25 semanas	31:43	caminando es 40 a 50 minutos caminando	ama de casa	2 hijo
13	Ruth	29 años	22 semanas	19:52	10 minutos en carro	artesana	3 hijos
14	Enma	23 años	14 semanas 5 días	22:26	En carro 5 minutos pero caminando es 20'	ama de casa	1 hijo
15	Dayana	22 años	19 semanas	21:46	caminando será 20 a 30 minutos y en carro será 15 minutos	estudiante	----- ---
16	Maribel	23 años	15 semanas	41:10	A la pista es una hora caminado y 20 minutos en carro	ama de casa	1 hijo
17	Carmen Rosa	28 años	24 semanas	31:16	Caminando media hora y en carro 8 o 6 minutos	ama de casa	3 hijos
18	Maribel	22 años	28 semanas	32:19	una hora caminando y en carro media hora	ama de casa	1 hijo
19	Maritza	31 años	24 semanas	55:03	caminando en 10 minutos	comerciant e	2 hijo
20	Luci	27 años	15 semanas	10:52	Carro 10 minuto	ama de casa	1 hija

DATOS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS:**1. EDAD**

Encontramos que las gestantes entrevistadas en su mayoría son de 19 a 29 años y un grupo pequeño son menores de 18 años. Como se muestra en el siguiente cuadro.

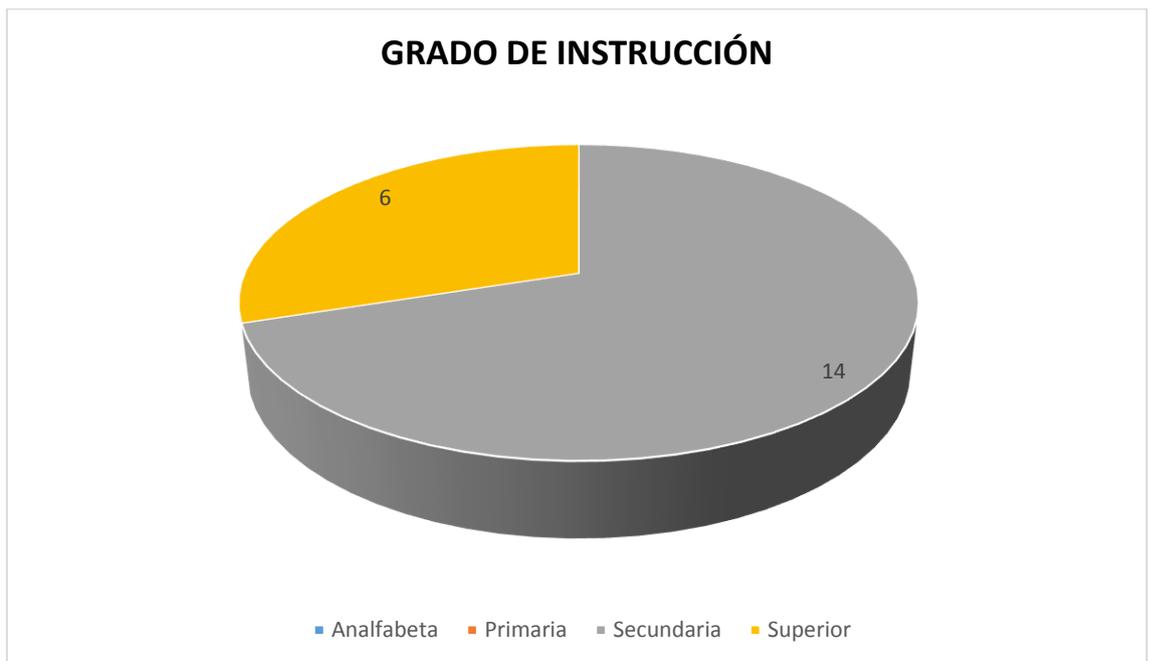
**2. OCUPACIÓN**

Las mujeres embarazadas entrevistadas, la mayoría son amas de casa al cuidado de los hijos y un grupo pequeño son estudiantes o artesanas.



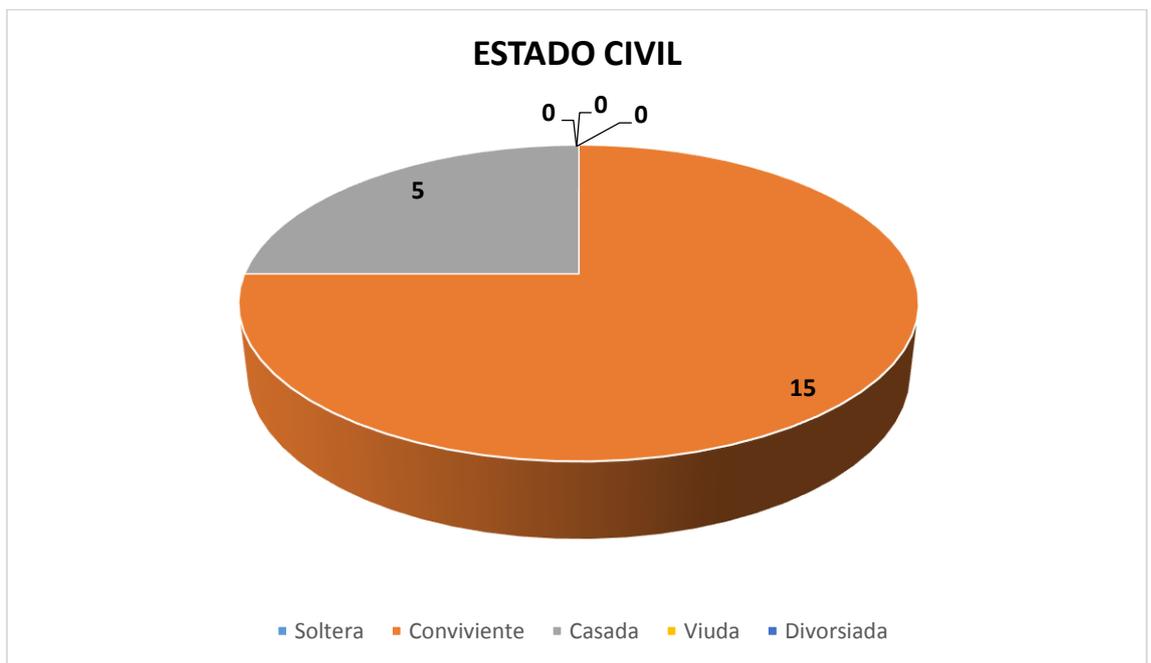
3. GRADO DE INSTRUCCIÓN

De la mujer embarazada entrevistada, se encontró que la mayoría llegó a completar la secundaria o algunas de ellas con secundaria incompleta y una mínima cantidad son las mujeres embarazadas con estudios superiores.



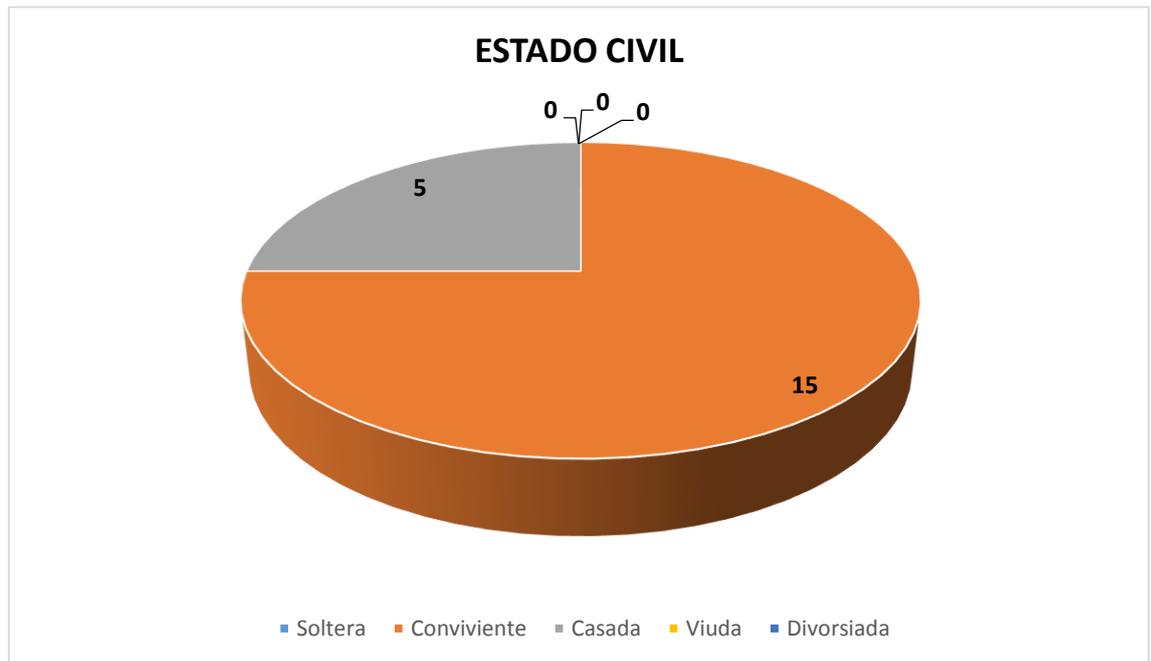
4. ESTADO CIVIL

En cuanto al estado civil, la mayoría de las mujeres encuestadas son convivientes y una mínima cantidad son casadas.



5. IDIOMA

En cuanto al idioma la totalidad de las gestantes encuestadas hablan el idioma castellano y quechua.



3.1.2 RAZONES DEL INICIO TARDÍO DE LA PRIMERA ATENCIÓN PRE-NATAL

a. Razones Institucionales

1. Distancia

Una de las razones por las cuales las gestantes no acuden tempranamente a su primera atención prenatal es la demora en llegar al centro de salud ya que la gestante prioriza la limpieza de casa y dejar cocinado e incluso se podría decir que el cuidado de los animales tiene más prioridad que su atención prenatal de la gestante.

“Para llegar al establecimiento demoro en llegar, porque en la mañana dejo arreglado mi casa, cocinando y amarrando mis animales terminando recién salgo de mi casa...” (t 16)



Otra de las expresiones que manifiestan es el tiempo que emplean en acudir al establecimiento de salud, las distancias de los hogares al centro de salud varían de comunidad en comunidad, hallándose distancias de 2 a más horas caminando:

“Caminando son 2 horas para llegar a la posta para que me hagan mi control...” (t 4)

En ocasiones, hacen uso del transporte como un medio de accesibilidad importante, que emplea la gestante para acudir a su atención prenatal.

“...y caminando es una hora hasta llegar a la pista, de la pista es un solo carro que va hasta la posta que son 20 minutos más de viaje...” (t 16)

“Caminando es 1 hora y 20 minutos,... cuando alza pasajeros demoramos de 15 a 20 minutos para ir a la posta...”(t 5)

No cabe duda de que el vivir en una zona rural en nuestro país, hace que el acceso geográfico a un establecimiento de salud se convierta en un factor de riesgo, ya que es una de las causas no sólo del inicio tardío de la atención prenatal, sino de acceso en casos de emergencia; como dice Pécora y colaboradores (2008), en su investigación sobre la Atención prenatal tardío



¿barreras en el sistema de salud? en el año 2008, la mayoría de las mujeres tardaron en llegar al hospital más de dos horas el 61%.

2. Idioma en que es atendida

La razón institucional relacionado con el idioma que se emplea en la atención prenatal de parte de la gestante y la/el obstetra que la atiende, se utiliza el idioma materno castellano, pero si la gestante sería quechua hablante el/la obstetra está en la capacidad de hablar en el idioma que la gestante estaría en comodidad para obtener una buena calidad de atención prenatal

...la señorita que me atiende habla quechua y castellano me siento bien cuando le pregunto en quechua y ella me contesta normal.... (t 4)

...Si la obstetra siempre me habla en mi idioma y yo siempre le hablo en quechua, yo hablo poco nomas castellano... (t14)

Cuando se entrevistó a las gestantes no hubo ningún problema con el idioma en que la gestante quisiera su atención prenatal ya que el/la obstetra no tiene limitantes con el quechua.

3. Horarios de atención en relación a la adecuación de la gestante

En cuanto a otra razón el horario, las gestantes manifiestas que les gustaría que las atenciones sean por las tardes o la noche, por motivo de trabajo y el cuidado de los hijos no pueden acudir al centro de salud por las mañanas.

“yo quisiera por las noches porque en el día yo trabajo y es muy difícil para mí ir a la posta y por la noche por que



es la hora que me voy a mi casa para descansar y es mejor, ya no hay mucha cola y te atenderían con más paciencia...” (t 11)

“yo quisiera por las tardes porque trabajo y por mis hijos, en ocasiones no hay donde dejarlos y no puedo...” (t 13)

Tal como afirma Pécora y colaboradores (2008), desarrollo una investigación sobre la Atención prenatal tardío ¿barreras en el sistema de salud? en el año 2008, uno de los motivos que expresaron las mujeres por las cuales no concurrieron a la atención prenatal fueron; 33% no consiguió turno, el 19% había realizado previamente alguna atención prenatal en algún centro de salud, el 13% por razones laborales, el 11% por atención a otros hijos el 9% por la distancia otro 9% por desconocimiento de la importancia de una atención prenatal precoz y solo un 6% por razones económicas.

4. Acceso al Seguro Integral de Salud (SIS)

En otra de las razones también tomamos en cuenta de las gestantes con el Seguro Integral de Salud que en su totalidad todas las gestantes atendidas cuentan con este Seguro y también conocen sobre sus derechos del acceso al Seguro y conocen sobre sus beneficios. E incluso no solo las gestantes cuentan



con el Seguro sino toda la población cuenta con acceso al Seguro Integral de Salud.

... yo si tengo SIS desde niña porque mi mamá nos aseguró a mí y a mis hermanos... (t 16)

... si tengo SIS y en mis controles de mi embarazo no me cobran nada ni el laboratorio de mis análisis no me cobran ni aunque antes no estaba embarazada cuando me enfermaba no me cobraban... (t 3)

Las gestantes atendidas cuentan con su totalidad con el Seguro Integral de Salud y la población en general tiene acceso al Seguro Integral de Salud.

5. El Trato del personal de salud.

La gestante refiere que el trato que recibe la gestante por parte del profesional de salud (él o la obstetra) es otra de las razones institucionales, también refiere la gestante que dicho profesional no se identifica con la paciente al momento de la atención prenatal, y son las gestantes quienes reconocen al/la obstetra que les dan mal trato y que generalmente son quienes tienen menor tiempo de experiencia laboral en el Centro de Salud.

Las manifestaciones que ellas refieren como mal trato es, el no saludarlas al ingreso, (de repente no mirarlas o no les dan instrucciones de lo que harán en los procedimientos de la atención prenatal)



“...de frente me pregunta y me pide mi tarjeta de control, no la conozco, quienes será las que atienden, solo conozco a la obstetra antigua, la doctora...” (t 9)

“...en la primera cita no me atendieron bien, la obstetra me dijo que yo tengo que atenderme en San Jerónimo, yo le dije obstetra deme un papel en el cual diga que yo no me puedo atender aquí en el centro de salud...” (t 4)

Al analizar las entrevistas encontramos que el maltrato también se dio por parte el personal de laboratorio el cual no brinda una atención de calidad.

“como me dijo firma, lo puse el vasito de orina en la mesa y me dijo que por qué tienes que poner esto, te puedes infectar, esto y aquello; me ha hecho sentir mal, si no estaría gestando respondería creo, no me aguanté y me salí, entonces me dijo para las 12 del medio día va salir tus resultados...” (t 15)

El trato del personal de salud en cualquiera de los niveles de atención, ha sido, y sigue siendo uno de los factores que ha influenciado en la percepción de la calidad de atención de las usuarias, y eso hace que también se haya considerado



como un factor a investigar en el inicio tardío de la atención prenatal, porque influye, como manifestaron las entrevistadas, en la confianza en el personal y volver a una próxima cita, tal como lo promueve el Ministerio de Salud: la atención prenatal y su paquete para la atención al primer control prenatal y seguimiento y se le realiza varias pruebas para un diagnóstico preventivo y que la atención prenatal tiene que ser precoz, periódico y completo con todos los paquetes incluidos³¹. Del mismo modo, Munares, O. en su investigación “Factores asociados al abandono al control pre natal – Instituto Nacional Materno Perinatal-2011. Lima- Perú 2014”, nos dice: Los factores institucionales fueron trato inadecuado, personal de salud- paciente insatisfecha, relación profesional de la salud paciente impersonal, episodios de maltrato de parte del personal, poca prioridad para su atención pre natal, incorporación entre los servicios, tiempo de espera largo, servicios incompletos, calidad inadecuada del control pre natal y consultorio perinatal difícil de ubicar.

b. Personales

1. Desconocimiento de la importancia de la primera atención prenatal

En cuanto a las razones personales, el análisis determinó que el poco interés de las gestantes, impide que acudan a sus atenciones prenatales antes de las 14 semanas aun conociendo la importancia de acudir a la primera atención prenatal.

³¹ Encuesta Demográfica y de salud familiar 2013. Salud Materna. Pag. 05



“para saber cómo está creciendo mi bebé y siempre sabemos que tenemos que venir cuando sabemos que estamos embarazadas...” (t 12)

“...porque es necesario señorita, porque sin eso no me atienden en otros hospitales...” (t 14)

Cuando las gestantes detectan la ausencia de menstruación, su prioridad es ir a un laboratorio y farmacias que ayudan al diagnóstico para confirmar el embarazo se realizan ecografías, test de embarazo en orina y sangre para determinar la prueba del embarazo, cuando el resultado es positivo recién acuden al establecimiento de salud para el inicio de la atención prenatal:

“Cuando me hice la ecografía ya estaba embarazada es que no me venía mi regla” (t 12)

“Me saque un test de embarazo en el cual salió positivo después de una semana recién fui a la posta ahí me pidieron que me saque una ecografía el doctor me dijo que ya tenía 16 semanas...” (t 3)



Como indica Pécora y colaboradores (2008), “Solo el 24% de las mujeres realizó su primera consulta prenatal en el primer trimestre y un 76% lo inició en el segundo o tercer trimestre”.

Acudir de forma temprana a la primera atención prenatal no forma parte de la práctica de las gestantes, como se aprecia, la mayoría de ellas, acude a sus atenciones prenatales, al enterarse de su embarazo por distintas pruebas que diagnostican el embarazo una vez confirmado el embarazo la gestante acude a su atención prenatal.

Por otro lado, Santos afirma en su investigación, “Asociación del control prenatal con la muerte materna y neonatal precoz en el hospital Antonio Lorena Cusco 2005-2007, que no existe asociación entre la atención prenatal adecuada o inadecuada ya que las muertes maternas y muertes neonatales se dieron no por causa una atención prenatal tardía sino por otras causas propias de la gestante y el recién nacido.

Cuidado de los hijos

En cuanto al cuidado de los hijos, la mayoría de las gestantes entrevistadas manifiesta, que la principal demora se debe a que están bajo al cuidado de los hijos menores que aun necesitan un mayor cuidado y atención, la paciente cuenta algunas veces con el apoyo del entorno familiar, y tiene el apoyo de la pareja quien trabaja y en sus momentos libres ayuda con el cuidado de los hijos, instituciones educativas estatales (PRONOI). Por lo general, los niños quedan al cuidado de la madre y como consecuencia inician una atención prenatal tardía.



“...hoy día estoy haciendo mí control porque estoy en casa nomas con mis demás hijos, tengo que atenderlos a ellos también y se me hace más difícil poder venir yo tengo tres hijos el mayor tiene 8 años que está en la escuela el segundo que tiene 6 años y él todavía está en el PRONOI y el ultimito 3 añitos y está en el PRONOI también, a mis dos pequeños los dejo en el PRONOI o sino con su papá o sino los tengo que traer al centro de salud...” (t 13)

“...a veces lo traigo conmigo a mi hijo de un año o si no los dejo con una tía para ir a mis controles...” (t 4)

Munares, O. en su investigación “Factores asociados al abandono al control pre natal – Instituto Nacional Materno Perinatal-2011. Lima-Perú 2014”, dentro de los factores personales identificados fue la dificultad para el cuidado de los hijos y multiparidad.

2. Olvido

Otra de las razones el olvido; las gestantes entrevistadas manifiestan que por motivos de priorizar el cuidado de los hijos conlleva al olvido de las citas programadas que tenía que realizar la gestante.



También la gestante llega tarde a la atención prenatal y estas son reprogramadas para una nueva fecha ya que el servicio de obstetricia trabaja con citas programadas

“si me olvide de ir a mi cita porque tenía que llevar a mi hijo a su jardín y me hizo muy tarde... (t 8)

“...y cuando fui a la posta me reprogramaron para otra fecha...” (t 8)

Munares, O. en su investigación “Factores asociados al abandono al control pre natal – Instituto Nacional Materno Perinatal-2011. Lima-Perú 2014”, indica que, los factores personales fueron olvido de la cita, dificultad para el cuidado de los hijos y multiparidad.

3. Permiso laboral

Otra de las razones son los permisos laborales, encontramos que una mínima cantidad de gestantes cuentan con los permisos laborales en horas de almuerzo

“...solo puedo salir en horarios de almuerzo para mi control o algunas veces puedo pedir permiso...” (t 5)

La gestante cree que la amabilidad de la dueña es darle el permiso para realizar sus controles, las pacientes desconocen sobre sus derechos como gestantes a una atención prenatal oportuna. Otras gestantes prefieren no acudir a su atención prenatal ya que implica una pérdida en la venta de artesanía.



“...me da permiso, no es tan mala la dueña...” (t 5)

“...pero eso implica que no venda mi artesanía...” (t11)

Munares, O. en su investigación “Factores asociados al abandono al control pre natal – Instituto Nacional Materno Perinatal-2011. Lima- Perú 2014”, indica que, el análisis multivariado determino asociación dificultades de permisos en el trabajo, dificultades por quehaceres domésticos, servicios incompletos, consultorio prenatal difícil de ubicar y calidad inadecuada del control pre natal.

4. Miedo

Otra de las razones; es el miedo, que encontramos casos especiales en las cuales las gestantes no acudieron a su primera atención prenatal por la discriminación social, y la reacción del entorno familiar debido a que el embarazo se dio a una temprana edad.

“cuando me entere que estaba embarazada tenía miedo a mis papás y el que dirían mis vecinos porque soy hija única en mi casa y mis padres son separados...” (t 2)



En la adolescencia la mayoría de los embarazos no son planificados, debido a que física y emocionalmente no cuentan con la madurez completa, como consecuencia toman malas decisiones como huir de casa.

“...me fui de viaje con mi pareja durante meses, me fui a puerto Maldonado y ahí me embaracé y no quise regresar a mi casa...” (t 2)

Aunque el testimonio es de una mujer adolescente, y el miedo en estos casos está claramente identificado por la paciente entrevistada, otro de los motivos del miedo es saber o conocer algún factor de riesgo o enfermedad a la que no se desea hacer frente, así, Grandi, C. de Sarasqueta, P. en su estudio “Atención prenatal: Evaluación de los requisitos básicos recomendados para disminuir el daño perinatal. Bolivia 1997” nos muestra que: En los resultados encontramos que fue elevada la ausencia de la atención prenatal el 20.8% y especialmente asociada al RCIU, Mortalidad Fetal y Mortalidad Neonatal. La edad gestacional a la primera consulta fue tardía entre 24 semanas, sin relación con los factores de riesgo o de daño. Así mismo Poo en su estudio “Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en atención prenatal”. En Sogia en el año 2005. También menciona; 3 núcleos como mayor relevancia es el factor emocional de la gestante de 13 a 19 años como elemento a nivel emocional, de pensamiento y también el ámbito de la familia y la sociedad.

5. Cultural



Otra de las razones halladas es el desconocimiento sobre la efectividad del método anticonceptivo natural (lactancia materna), y el descuido de la importancia por parte de la paciente, y la poca orientación que recibió acerca del método. También encontramos la falla de método anticonceptivo hormonal (inyectable trimestral) ya que la paciente no conocía sobre la continuidad del método y por lo tanto el abandono del mismo por tener efectos secundarios en la paciente como cefaleas.

“no, ya estaba mi embarazo, también me ha sorprendido, me ha dicho qué diferente somos en embarazos porque no me ha venido hace dos meses cuando le he dejado de lactara mi hijito...” (t 17)

“...cuando mi hijito nació, me pusieron el inyectable de 3 meses y me hacía doler mi cabeza, después de eso ya no me hice poner nada y no me venía mi regla y me daba nauseas...” (t 12)

Los mitos y las creencias populares respecto de la lactancia materna como protector de un embarazo, del uso de infusiones de hierbas ‘medicinales’ para evitar embarazos o ‘regular la menstruación’, es parte de la cultura popular de nuestra región, y eso se manifiesta en los



testimonios anteriores, lo que motivó que el inicio de la atención prenatal sea tardío.

3.2 ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS

El análisis de las 20 entrevistas aplicadas a las gestantes con la primera atención prenatal mayor a las 14 semanas. Se encontró que las razones fundamentales para la atención prenatal tardía son:

Dentro de las razones institucionales, el horario que brinda el Centro de Salud no es apropiado para las gestantes que laboran ya que no cuentan con los permisos adecuados para acudir a sus atenciones prenatales. Encontramos también que la distancia es uno de los factores importantes ya que las gestantes tienen que caminar por aproximadamente más de una hora para acudir al centro de salud para su atención prenatal.

Dentro de las razones personales encontramos que el factor cuidado de los hijos, conlleva a una primera atención prenatal tardía ya que las gestantes priorizan el cuidado de los hijos menores en su hogar.

La gestante desconoce sobre los roles de género que deben desempeñar tanto ella como su pareja y así aminorar el trabajo en casa.

Otra de las razones personal es la falta de la importancia de la primera atención prenatal falta de información por parte del personal de salud (la obstetra) ya que las gestantes tienen el conocimiento básico de una atención prenatal y hacer la difusión por las comunidades lejanas ya que la mayoría de las gestantes viven en esas comunidades



CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

4.1 COMPARACIÓN CRÍTICA DE RESULTADOS CON LA LITERATURA EXISTENTE

En el Perú el inicio de la primera atención prenatal sigue siendo un riesgo muy alto, por lo cual en el presente trabajo de investigación se observa que las gestantes del Centro de Salud de Chinchero acuden tardíamente a su primera atención prenatal, entre estas encontramos las razones institucionales que están asociadas con el inicio tardío de la primera atención prenatal entre ellas tenemos, la distancia para llegar al Centro de Salud, el trato del personal de salud, el horario de atención en el Centro de Salud.



Las pacientes identificaron que el horario de atención adecuado sería por las tardes o en las noches ya que por motivo de trabajo y el cuidado de los hijos no pueden en las mañanas, además el personal nos atendería con más paciencia. MUNARES (2014) afirma que el horario de atención afecta a las pacientes respecto al tiempo de espera servicios incompletos que brinda el establecimiento.

En cuanto a accesibilidad las pacientes demoran en llegar al centro de salud por que tienen que caminar más de dos horas para llegar a la pista principal, de ahí poder coger un carro para llegar al centro de salud, lo que influye que las pacientes puedan iniciar una atención prenatal adecuada. (PÉCORA, 2008) también afirma la demora más de dos horas en llegar al establecimiento. Un punto importante para el inicio temprano de la atención prenatal es la relación entre el profesional de salud y el paciente, se encontró que existe una mayor probabilidad para el inicio tardío de la atención prenatal cuando existen episodios de maltrato por parte del profesional (MUNARES, 2014) sostiene que el trato inadecuado como personal de salud-paciente insatisfecha influye en el abandono del control prenatal así mismo los episodios de maltrato de parte del personal de salud, poca prioridad por parte del profesional de salud para una buena atención prenatal.

Entre las razones personales encontramos asociación entre desconocimiento, cuidado de los hijos, miedo, permisos laborales, olvido. Se identificó el desconocimiento por parte de la gestante sobre la importancia de la primera atención prenatal (PÉCORA, 2008) también afirma que la mayoría de sus pacientes encuestadas tiene desconocimiento de la importancia de una atención prenatal precoz, como también (CUELLOS) afirma que la importancia de la atención



prenatal influye sobre la salud materna y teniendo como estrategias novedosas basadas en evidencias.

Las pacientes manifiestan que el cuidado de sus hijos tiene mayor relevancia que un control prenatal (PÉCORA, 2008) afirma que la mayoría tuvieron uno o más hijos lo cual implica una atención prenatal tardía, lo cual también se relaciona los resultados con (MUNARES, 20124) también afirma la dificultad para el cuidado de los hijos y la multiparidad. Así mismo también (GRANDI) afirma que la atención prenatal se dio después de las 14 semanas debido a la multiparidad

En cuanto al miedo las gestantes afirman sentir miedo por la discriminación social y el entorno familiar, (PÉCORA, 2008) afirma que la mayoría había realizado previamente algunas atenciones prenatales en otros centros de salud, así mismo (POO y Col) afirma el miedo en adolescentes debido al nivel emocional bajo que influye en el entorno familia y social.

Las gestantes tienen dificultades de permisos laborales por las cuales acuden a una atención prenatal tardía (PÉCORA, 2008) afirma que la mayoría no acude a sus atenciones prenatales respectivas por razones laborales y (MUNARES, 2014) también afirma las dificultades de permisos en el trabajo. En cuanto a las gestantes que olvidan su cita (MUNARES, 20124) relaciona que fueron también el olvido de las citas.



4.2 DISCUSIÓN Y CONTRASTACIÓN TEÓRICA DE LOS HALLAZGOS

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2013), en el Perú las cifras estadísticas con respecto a la falta de atención prenatal, solo el 1.7% de mujeres respondieron que “no recibió atención”. No obstante, el 8.6% de mujeres sin educación, el 7.3% con el sexto o posterior nacimiento y 4.6 entre las ubicadas en el quintil inferior de riqueza, muestran los porcentajes más alto de mujeres sin atención prenatal. Es por el motivo que el MINSA (Ministerio de Salud) tiene como objetivo la atención prenatal y su paquete para la atención al primer control prenatal y seguimiento y se le realiza varias pruebas para un diagnóstico preventivo y que la atención prenatal tiene que ser precoz, periódico y completo con todos los paquetes incluidos.

El inicio tardío de la atención prenatal es uno de los factores de riesgo, motivo por el que las pacientes, una vez que inician su atención, continúan con la misma, tanto por ser un requisito como por una necesidad que aprenden a identificar como necesaria y fundamental para su salud y la de sus hijos, ya que los objetivos básicos de la atención pre natal, que busca la atención integral de la gestante y la disminución de la morbilidad materna y perinatal, entre ellos el facilitar el acceso a todas las gestantes a los servicios de salud, como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS): “los prestadores de salud deben hacer que todas las mujeres embarazadas se sienten bienvenidas a su clínica. Los horarios de apertura de las clínicas que proveen el programa de atención pre natal deben ser tan convenientes como sea posible para favorecer la concurrencia de las mujeres. Se ha demostrado que cuanto mayor el número de horas que las clínicas dedican



para la atención de las pacientes, más elevado será el número de mujeres que solicitan atención pre natal en las mismas”.



CONCLUSIONES

PRIMERA:

Las características de las mujeres entrevistadas son: En cuanto a la ocupación de las mujeres embarazadas entrevistadas; la mayoría son amas de casa al cuidado de los hijos y un grupo pequeño son estudiantes, artesanas. Del nivel educativo, se encontró que la mayoría llegó a completar la secundaria o algunas de ellas con secundaria incompleta y una mínima cantidad son las mujeres embarazadas con estudios superiores. En cuanto al estado civil, la mayoría de las mujeres encuestadas son convivientes y una mínima cantidad son casadas. En cuanto al idioma, la totalidad de las gestantes encuestadas hablan el idioma castellano y quechua.

SEGUNDA:

Las principales razones institucionales por las cuales las gestantes no acuden oportunamente a la primera atención prenatal es debido a la inaccesibilidad al centro de salud, el tiempo que demoran el llegar al Centro de Salud, otra de las razones institucionales es el trato inadecuado por parte del profesional de salud hacia el paciente, episodios de maltrato por parte del profesional de salud, los horarios de atención que brinda el Centro de Salud

TERCERA:

En cuanto a las razones personales se encontró asociación con el olvido de las citas, dificultad para el cuidado de los hijos y el poco interés principalmente por las multíparas, ha sido una de las razones por las cuales las gestantes ingresan tardíamente a sus atenciones prenatales, también se relaciona con la dificultad de permisos laborales.



RECOMENDACIONES

PRIMERA:

Recomendamos realizar estudios de intervención en las áreas rurales para mejorar los indicadores de salud materna y perinatal. Así como mejorar el radar de gestantes, el monitoreo y la debida capacitación de los promotores de salud de las comunidades lejanas.

SEGUNDA:

Recomendamos promover la importancia del inicio oportuno de la atención prenatal en el área rural; así mismo recomendamos mejorar la calidad de atención prenatal.

Recomendamos realizar monitoreo permanente tanto a los profesionales de salud como a las gestantes del área rural, así como promover los centros de vigilancia en el área rural con personal fijo para el servicio de promoción de la salud y prevención de la salud.

Se recomienda la participación de entorno familiar en cada atención prenatal para fortalecer el vínculo emocional



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de salud, reforma es más salud, panificar tu embarazo es bueno, controlar a tiempo es mejor, derechos reservados 2014 disponible en <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2014/maternidadsaludable/avances.html>
2. Red Nacional de Epidemiología (RENACE) – DGE- MINSA. Número de Muertes Maternas por Departamentos, Perú 2000-2017 (*) hasta la semana 8 del 2017 [En línea]. Revisado el 05 de Mayo del 2017. Disponible en: http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/detalle_indbsc.asp?lcind=1&lcobj=1&lcper=1&cfreg=7/3/2017.
3. Pérez, J. (2013). Evaluación de la utilización del atención prenatal en el sistema de salud pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el periodo 2008-2009 [en línea] Revisado el 06 de Setiembre del 2016. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria. Pg. 14-15. Disponible en: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/033885_Perez.pdf
4. Encuesta demográfica y de salud familiar-ENDES. Perú: Proporción de gestantes que en el último nacimiento recibieron 6 o más atenciones pre natales por área de residencia [En línea]. Revisado el 06 de Setiembre del 2016. Disponible en: http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/detalle_indbsc.asp?lcind=7&lcobj=1&lcper=1&cfreg=14/10/2015
5. Mayorga, A. (2012). Percepción sobre la atención prenatal de las gestantes Adolescentes en la E.S.E San Cristóbal, Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Departamento de Salud Pública. Pg. 3-4



6. Idrogo, S. (2014) Atención prenatal y su relación con la morbimortalidad perinatal en el hospital regional de Loreto durante el periodo de enero a diciembre del 2013. [tesis] Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Facultad de Medicina Humana. Iquitos- Perú. Pg. 14-15
7. Encuesta demográfica y de salud familiar-ENDES. Perú 2014: Proporción de gestantes que en el último nacimiento recibieron 6 o más atenciones pre natales por departamentos [En línea]. Revisado el 06 de Noviembre 2016. Disponible en: http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/detalle_indbsc.asp?lcind=7&lcobj=1&lcper=1&lcfreg=14/10/2015
8. Encuesta demográfica y de salud familiar-ENDES. Perú 2012-2013: Tasa de Mortalidad Infantil por departamentos por 1000 nacidos vivos [En línea]. Revisado el 06 de Noviembre 2016. Disponible en: http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/detalle_indbsc.asp?lcind=84&lcobj=1&lcper=1&lcfreg=15/10/2015
9. Instituto Nacional de Estadística e Inf. Elaboración Ministerio de Salud- Oficina General de Estadística e Informática. Perú: Tasa de Mortalidad Neonatal 2013-2014 [En línea]. Revisado el 06 de Noviembre 2016. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresSalud/mortalidad/tasaMortalidadNeonatal/MneoMacros.asp?00>
10. Cuello, A. Zabaleta, J. Evaluación del programa de atención prenatal en la empresa social del estado Hospital Local de Mahates Durante el segunda semestre del año 2012 [tesis]. Universidad de Cartagena. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Especialización de Gerencia en salud. Cartagena de Indias D.T y C. Mayo 2013



11. MARTÍNEZ M., Miguel. La investigación cualitativa (síntesis conceptual). Revista de Investigación en Psicología, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 123-146, mar. 2014. ISSN 1609-7475. Revisado el 06 de Noviembre 2016. Disponible en: <<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/4033>>. Fecha de acceso: 24 may. 2016
12. TAYLOR, S, BOGDAN, R. Introducción a la metodología cualitativa de la investigación. 2ª Ed. Barcelona. Ediciones Paidós Ibérica S.A. p92. 2010
13. MARTÍNEZ M, Miguel. La investigación cualitativa (síntesis conceptual). Revista de Investigación en Psicología. [S1], v, 9, n. 1,p 123-146, mar. 2014. ISSN 1609-7475. Revisado el 06 de Noviembre 2016. Disponible en : <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/4033>>. Fecha de acceso: 24 may. 2016
14. PÉCOR, A. SAN MARTIN, M. CANTERO, A. FURTARO, K. JANKOVIC, P. LLOMPART, V. Y COLABORADORES. Atención pre natal tardío ¿barreras en el sistema de salud? Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sarda 2008; 27(3) (artículo original) Pécora y Col
15. GRANDI, C. DE SARASQUETA, P. Atención pre natal: Evaluación de los requisitos básicos recomendados para disminuir el daño perinatal. Rev. Soc. Bol. Ped. 1997; 36 (Supl.1): S15-S20; Prenatal Care, Risk, Factors, Primary care, Maternal-infante health. (Artículo Original). Rev. Soc. Bol. Ped 1997;36 (Suplemento 1): S15-S20
16. Munares, O. Factores Asociados al Abandono al control Pre natal- Instituto Nacional Materno Perinatal 2011 [Tesis]. Lima; Universidad Nacional Mayor de San Marcos, facultad de Medicina Humana, Unidad de Post grado, Lima-Perú 2014



17. Valadez I, Atención Pre natal en Jalisco, Colección; Producción Académica de los Miembros del Sistema Nacional de Investigadores (investigadores de la Universidad de Guatemala Pro-SIN/1, primera edición México: edición Universidad de Guadalajara; 2002
18. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial. Documento N° 827-2013/MINSA. Expediente N° 13- 39117-003, que adjunta el informe N° 458-2013- DGSP-EVN/MINSA. De la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerios de Salud. Lima 24 de Diciembre del 2013
19. Asprea I, García O, Nigri C. Recomendaciones para la Práctica del Atención Preconcepcional, Pre Natal y Puerperal, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. 1° Edición, julio 2013. Pg.: 28-29
20. Encuesta Demográfica y de salud familiar 2013. Salud Materna. Pag. 05 [En línea. Revisado el 16 de Diciembre 2016. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/pdf/cap008.pdf
21. villar J. Bergjos P. Organización Mundial de la Salud. Nuevo Modelo del Atención pre natal OMS [protocolo]. Grupo de investigación del Estudio de Atención prenatal de la OMS
22. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial. Documento N° 827-2013/MINSA. Expediente N° 13-039117-003, que adjunta el informe N° 458-2013- DGSP-EVN/MINSA. De la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerios de Salud. Lima 24 de Diciembre del 2013



23. Parra M, El Atención Pre Natal. Capítulo 5. Pg. 76-77 [En línea] Revisado el 20 de Diciembre 2016. Disponible en:
http://www.bdigital.unal.edu.co/1563/28/Cap_5.pdf
24. Protocolo de atención Pre natal en Atención Primaria de la Salud. Protocolo 1, Perú 2011 [En línea] Revisado el 27 de Diciembre 2016. Pg. 6. Disponible en:
file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Guia1_Atencion_Prenatal.pdf
25. Protocolo de atención Pre natal en Atención Primaria de la Salud. Protocolo 1, Perú 2011 [En línea] Revisado el 30 de Noviembre 2016. Pg. 5. Disponible en:
file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Guia1_Atencion_Prenatal.pdf
26. Protocolo de atención Pre natal en Atención Primaria de la Salud. Protocolo 1, Perú 2011 [En línea] Revisado el 06 de Enero 2017. Pg. 6. Disponible en:
file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Guia1_Atencion_Prenatal.pdf
27. Usandizaga, M. La conducción del embarazo normal: consulta pre natal. Concepto de riesgo elevado y su detección. En Cabero Roura L. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Madrid, Ed., Medica Panamericana; 2003, Cap. 33. Pg. 4
28. SEGO. Protocolo. Embarazo cronológico prolongado. 2010 [En línea] Revisado el 06 de octubre 2016. Disponible en: www.proSEGO.com



ANEXOS



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Entrevista sobre las razones el inicio tardío de la atención prenatal

I. Datos generales

- 1.- Edad
 - a) 13 a 18 años
 - b) 19 a 29 años
 - c) 30 a más años
- 2.- Ocupación
 - a) Ama de casa
 - b) Estudiante
 - c) Artesana
 - d) otros
- 3.- Grado de instrucción
 - a) Analfabeta
 - b) Primaria
 - c) Secundaria
 - d) Superior
- 4.- Estado civil
 - a) Soltera
 - b) Conviviente
 - c) Casada
 - d) Viuda
 - e) Divorciada
- 5.- Idioma materno
 - a) Quechua
 - b) Castellano
 - c) Otros.....

II. Conocimientos sobre el Control Prenatal

- 6.- ¿Qué tiempo de embarazo tiene?
- 7.- ¿por qué iría a su primer control prenatal?
- 8.- ¿Cuándo iniciaste tu primera atención prenatal? Por que
- 9.- ¿Cuántas atenciones prenatales tuvo hasta ahora?



III. Razones del inicio tardío del CPN

Las preguntas siguientes darán respuesta a identificar uno o más factores que influyeron en el inicio tardío del CPN:

A. Razones Institucionales

- 10.- ¿Cuánto tiempo demora en llegar de su casa al establecimiento de salud?
- 11.- ¿En qué idioma le hablan cuando acude a su control prenatal? Lo entiende..
- 12.- ¿Es adecuado el horario de atención que brinda el establecimiento de salud?
- 13.- ¿Tiene SIS?
- 14.- ¿Cómo es el trato que recibe del personal de salud?

B. Razones Personales

- a) ¿Cuántos hijos vivos tienes?
 - a.1.- ¿Cuántos hijos están a su cargo?
 - a.2.- ¿Para acudir a tus controles prenatales con quien dejas a tus hijos o los llevas con usted?
- b) Olvido
- c) El horario donde usted trabaja o estudia ¿Cómo son? Le permiten hacer sus controles prenatales?
- d) ¿Usted tiene miedo al venir al centro de salud a hacerse su control prenatal?
- e) Usted cuenta con el apoyo o colaboración de su pareja, familiares o amigos



**SOLICITO: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO
Y RECOLECCIÓN DE DATOS**

Estimado (a) Doctor (a):

Previo un cordial saludo, a presente es para solicitar a su persona la validación mediante juicio de experto del instrumento de recolección de datos en el trabajo de investigación titulado **“RAZONES DEL INICIO TARDIO DE LA ATENCIÓN PRE NATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD CHINCHERO CUSCO 2016”**, esto a razón de ser un requisito indispensable para poder hacer efectiva la realización de dicha investigación y así cumplir con el reglamento de grados y títulos vigentes en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco para optar el título profesional de obstetra.

Agradezco por anticipado su aceptación razón por la cual quedamos infinitamente agradecidas.

Atentamente



VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS

INSTRUCCIONES:

El presente documento tiene como objetivo el de recoger informaciones útiles de personas especializadas en el tema la validez del instrumento de recolección de datos se compone de 10 ítems, lo que se acompaña con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven a interrogante planteada.
2. Representa una solución escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución de ítem en términos intermedios
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de la escala y debe ser asignada cuando se aprecie que el ítem es absuelto para el trabajo de investigación totalmente suficiente.

Marque con aspa(X) en la escala que figure a la derecha de cada ítem según la opinión que merezca según el instrumento de investigación.



HOJAS DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALAS DE MEDICIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿considera usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿considera usted que los ítems contenidos de este instrumento son una muestra de estudio de universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿considera usted que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿considera usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a nuestros similares, obtendremos también datos similares?	1	2	3	4	5
6. ¿considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los	1	2	3	4	5



mismos objetivos?					
7. ¿ considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo, y no da lugar a diferente interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿ considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento	1	2	3	4	5
9. ¿considera usted que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos motivo de investigación.	1	2	3	4	5

10. ¿ que aspectos habría que modificar o que aspectos tendría que incrementarse?

Firma y sello del profesional



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha explicado que es una parte de un trabajo de investigación y acepto participar en la entrevista sobre **“RAZONES DEL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRE NATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD CHINCHERO CUSCO 2016”** Realizado por las bachilleras de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Andina del Cusco.

Se me ha informado que mi participación es voluntaria, que me puedo retirar en el momento que así lo desee. Estoy dispuesta a contestar con veracidad dicha entrevista...

Entiendo que este estudio será de utilidad para recabar la información que se solicita, y que si requiero de explicación será dada sin problema por la bachilleres TAHANI SICCOS QUISPE Y ALISON REYES GUARDAPUCLLA. La información que yo proporcione será en secreto y que en ningún estudio será demostrada mi identidad. El equipo de trabajo le suplica y agradece su participación con la entrevista.

Acepto en participar.....

Gracias por su participación

Atentamente

TAHANI SICCOS QUISPE

ALISON REYES GUARDAPUCLLA