

Factores asociados al cumplimiento del control prenatal en Ancash-Perú

Juan M. Ponce L.³⁴

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad, que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal. Sin embargo, no todas las mujeres acceden al control prenatal y algunas no logran la adherencia a las recomendaciones, ni cumplir con la periodicidad de asistencia al mismo. Según la hipótesis, existen barreras internas y externas a las gestantes que les impiden acceder y adherirse al control prenatal.

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

En Perú, existe un alto porcentaje de partos institucionales, pero sigue habiendo una baja tasa de utilización de servicios para el control prenatal. Las estadísticas muestran grandes variaciones en los resultados maternos y perinatales a lo largo y ancho de nuestro país, particularmente en Ancash.

Ancash está ubicada dentro de los ocho departamentos más poblados del Perú, las provincias del Santa (396.434 habitantes) y Huaraz (147.463 habitantes), concentran casi el 50% de la población regional. Asimismo, la provincia de Santa, contiene los distritos más poblados de Ancash, como Chimbote (217 303 habitantes), Nuevo Chimbote (107 095 habitantes) y Santa (17 428 habitantes), entre otros. La provincia del Santa, en relación a los indicadores de gestantes controladas y parto institucional, los resultados muestran porcentajes bajos dentro de lo esperado para el período.

El control prenatal es deficiente en cuanto al número de gestantes que lo reciben y la frecuencia con que asisten. Esta deficiencia se debe porque la gestante se siente sana y no estima la necesidad de someterse a control y por lo tanto solo solicita asistencia cuando siente objetivamente los trastornos de una complicación, o cuando está en la incapacidad para el desarrollo de sus actividades.

34 Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional del Santa, Ancash-Perú.

Materiales y métodos

La investigación es de tipo cuantitativa, descriptiva correlacional de corte transversal, desarrollado en los establecimientos de salud (EESS) de la provincia del Santa, particularmente a los servicios de control prenatal del Ministerio de Salud de los distritos de Chimbote, Nuevo Chimbote y Santa, de la región Ancash en el periodo 2009-2010. La población de estudio estuvo constituida por las 1.407 gestantes, obteniéndose una muestra igual a 262 gestantes, según método muestral estratificado y aleatorio simple.

Como instrumentos de recolección de datos se utilizaron: cuestionarios sobre factores de riesgo de la gestante, de nivel de conocimiento sobre control prenatal, de creencias sobre el embarazo, de prácticas tradicionales sobre el control prenatal, y ficha de análisis de contenido sobre cumplimiento del control prenatal. Los datos fueron procesados en el software EPIINFO v.3.4.3.

Resultados y discusión

El 58.8% de las gestantes no cumplen con el control prenatal, proporción superior al promedio nacional (50.7%). Este alto índice de no cumplimiento, se relaciona con múltiples factores, que según algunas investigaciones se concentran en los siguientes: factores socio-demográficos (edad, estado civil, grado de instrucción, número de hijos, distancia de la vivienda al puesto de salud); factores económicos (ocupación de la gestante y del compañero, ingreso económico, propiedad de la vivienda); factores culturales (nivel de conocimiento sobre control prenatal, creencias, prácticas tradicionales). También refieren existencia de temor de acudir al consultorio y ser atendidas por un profesional varón o por las mismas creencias que tiene la persona al pensar que el embarazo no necesita controlarse, de igual manera influye el entorno familiar, el desconocimiento de que el control prenatal es gratuito en cualquier establecimiento de salud del Estado; así mismo el horario de atención es inadecuado, otras de las causas es porque suelen controlarse en el mismo lugar en donde se le va atender el parto. Esta tendencia se constituye en un problema de salud pública, lo que implica considerar una prioridad nacional e internacional la prestación de servicios de salud a la gestante.

El grado de instrucción secundaria prevalece en la población de estudio (61.8%). Las gestantes de primaria y sin instrucción tienen mayor tendencia de no cumplir con el control prenatal (80.0% y 60.0% respectivamente). A mayor grado de instrucción aumenta la proporción del cumplimiento al control prenatal ($p=0.0003$). El nivel de instrucción de la madre es considerado como el indicador del nivel de vida, en la medida que obtiene información cambiará su comportamiento, reforzando conductas positivas y desarrollando habilidades para satisfacer las necesidades de su hijo, proporcionándole un cuidado óptimo y de calidad.

La edad promedio de las gestantes que no cumplen con el control prenatal es de 24 años, menor que las gestantes que cumplen con el control prenatal (26 años). Las gestantes de 15 a 19 años y las de 20 a 34 años, tienen mayor tendencia de no cumplir con el control prenatal (77.1% y 58.4% respectivamente). A mayor edad existe una tendencia a cumplir con el control prenatal ($p=0.0001$). Las mujeres gestantes menores de 20 años, se constituyen

en un riesgo significativo para no cumplir con el control prenatal ($OR=4.0, IC_{95\%} 1.9 < OR < 10.1$). La gestante de este grupo etáreo, se ven presionadas emocional y socialmente a cumplir su rol dentro del hogar, más por tener que hacerlo que por querer hacerlo. Las madres adolescentes no tienen la madurez emocional ni la experiencia necesaria que favorezcan el crecimiento y desarrollo adecuado en sus hijos.

El estado civil que prevalece es de conviviente (65.3%). Las gestantes solteras y convivientes tienen mayor tendencia de no cumplir con el control prenatal (71.1% y 60.8% respectivamente); y las casadas son las que más asisten respecto a los otros estados civiles (56.6%) ($p=0.0199$). Las gestantes solteras, se constituyen en un riesgo significativo para no cumplir con el control prenatal ($OR=3.0, IC_{95\%} 1.5 < OR < 7.3$). El no tener una pareja estable conlleva a experimentar inseguridad emocional y económica, y tengan que asumir solas la responsabilidad del mantenimiento y cuidado del hijo, que dada la complejidad de esta responsabilidad puede conllevarle a la no-satisfacción de las necesidades, cuidados y estimulación que el niño requiere.

La procedencia de la Sierra prevalece en las mujeres gestantes (53.1%). Las gestantes que proceden de la Sierra tienen mayor tendencia de no cumplir con el control prenatal (64.7%) ($p=0.0369$). El proceder de la Sierra, se constituyen en un riesgo significativo para no cumplir con el control prenatal ($OR=1.69, IC_{95\%} 1.0 < OR < 2.78$). La procedencia de las gestantes guarda relación con otros factores sociales y culturales, la proporción de gestantes de la Sierra que no cumple con el control prenatal, probablemente se explique por sus creencias y costumbres que muchas veces conllevan a descuidarse de su maternidad; a diferencia de las gestantes de la costa que cumplen con el control prenatal, que se ven influenciadas por el desarrollo de la tecnología, el papel de la propaganda y la publicidad, que le implantan un modelo de estilo de vida “moderno”.

Entre las gestantes que tienen un nivel de conocimiento inadecuado, el 68.8% no cumple con el control prenatal ($p=0.0013$). Las gestantes con un nivel de conocimiento inadecuado, se constituyen en un riesgo significativo para no cumplir con el control prenatal ($OR=2.27, IC_{95\%} 1.3 < OR < 3.7$). Esta situación se relaciona estrechamente con el bajo grado de instrucción de la mayoría de la población en estudio y, la proporción mayoritaria que proceden de la Sierra, donde una mínima fracción de gestantes asisten a un centro educativo, configurándose una determinada percepción sobre el control prenatal, que le conlleva a no cumplir con el control prenatal. Este fenómeno se agudiza por la poca accesibilidad o proyección social de los servicios de salud con que cuenta la comunidad, quienes son responsables de brindar información a la madre a través de programas educativos que estimulen y promuevan adecuados cuidados de la gestante.

Sobre las creencias, la mayoría de gestantes refiere “*comer doble*” (59.9%), el 18.7% refiere que “*las relaciones sexuales producen aborto*”, el 8.0% refiere que “*el examen vaginal produce aborto*” y, el 4.6% refiere que “*controlar el embarazo solo cuando está avanzado*”. Entre las que refieren “*comer doble*” el 53.5% no cumple con el control prenatal, el 81.6% de las que refieren que “*las relaciones sexuales producen aborto*” no cumple con el control prenatal, el 85.7% de las que refieren que “*el examen vaginal produce aborto*” no cumple con el control prenatal; y, el 83.39% de las que refieren que “*controlar el embarazo solo cuando está avanzado*” no cumple con el control prenatal. La creencia “*comer doble*”, se asocia sig-

nificativamente con el cumplimiento del control prenatal ($p = 0.0339$). Sobre la creencia que “*las relaciones sexuales producen aborto*”, se constituye en un riesgo significativo para no cumplir con el control prenatal ($OR=3.86, IC_{95\%} 1.7 < OR < 8.4$); ($p=0.0003$). La creencia que “*el examen vaginal produce aborto*” se constituye en un riesgo significativo para no cumplir con el control prenatal ($OR=4.63, IC_{95\%} 1.3 < OR < 16.1$); ($p=0.0089$). La creencia “*controlar el embarazo solo cuando está avanzado*”, se constituye en un riesgo para no cumplir con el control prenatal ($OR=3.68, IC_{95\%} 0.8 < OR < 17.1$); ($p=0.0769$).

Respecto a las prácticas tradicionales, el 16.4% acude a una partera para “*acomodar a su bebé*”, y el 12.2% “*consume hierbas para acelerar el trabajo de parto*”. Entre los que refieren “*acomodar a su bebé*” el 83.7% no cumple con el control prenatal, el 84.4% de los que refieren que “*consume hierbas para acelerar el trabajo de parto*” no cumple con el control prenatal. La práctica tradicional de las gestantes de “*acomodar a su bebé*” se constituye en un riesgo significativo para no cumplir con el control prenatal ($OR=4.40, IC_{95\%} 1.9 < OR < 10.3$); ($p=0.0003$). La práctica tradicional de “*consume hierbas para acelerar el trabajo de parto*” se constituye en riesgo elevado para no cumplir con el control prenatal ($OR=4.38, IC_{95\%} 1.6 < OR < 11.8$); ($p=0.0017$).

Existen gestantes con creencias y prácticas tradicionales que no cumplen con el control prenatal, resultado que está relacionado con el bajo grado de instrucción de las gestantes y la de sus familiares. Generalmente los familiares desconocen las medidas preventivas de salud y las enfermedades, relacionándole con causas sobrenaturales como castigo divino o daño de tipo físico como golpes o caídas. También la educación se correlaciona positivamente con una actitud favorable hacia el cuidado de la salud, es decir, mientras más educación tengan los familiares, más optimistas se mostraran hacia la mantención y recuperación de la salud.

Conclusión

El 60% de las gestantes no cumplen con el control prenatal. El menor grado de instrucción de la gestante se asocia significativamente con el incumplimiento del control prenatal. La gestante adolescente se constituye en riesgo para no cumplir con el control prenatal. La gestante soltera tiene mayor riesgo de incumplimiento del control prenatal. La gestante que procede de la sierra tiene mayor riesgo para no cumplir con el control prenatal. La gestante con nivel de conocimiento inadecuado del control prenatal tiene mayor riesgo para no cumplir con el control prenatal. Existen factores de riesgo externos, demográficos, económicos y culturales que se asocian con el incumplimiento del control prenatal.

Referencias

- Boulet, S., Parker, C. y Atrash, H.
2006 “Preconception care in international settings”. *Matern Child Health J.* 10: S29-S35.
- Cano Serral, G. et al.
2005 “Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo”. *Gaceta Sanitaria.* Vol. 20. N° 1. Barcelona enero-febrero de 2006.

- Costello, A., y Osrin, D.
2004 "Manandhar D. Reducing maternal and neonatal mortality in the poorest communities". *BMJ*. 329: 1166-1168.
- Dirección Regional de Salud Ancash
2010 "Estrategia sanitaria de salud sexual y reproductiva". Informe Ejecutivo enero-julio.
- Gobierno Regional de Ancash
2008 "Plan de Desarrollo Regional Concertado 2008-2021 de Ancash". Gerencia Regional de Planeamiento, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial. Huaraz.
2009 "Boletín estadístico anual 2009". Dirección Regional de Salud Ancash y Dirección de Estadística e Informática. Ancash.
- Herrán-Falla, O., Contreras-Pezzotti, L. y Latorre-Latorre, J. F.
2006 "Depresión posparto en una ciudad colombiana. Factores de riesgo". *Atención Primaria*. 37: 332-338.
- INEI
2010 "Encuesta demográfica y de salud familiar". ENDES-2009. Perú.
- OMS
2005 "Informe sobre la salud en el mundo 2005. Cada madre y cada niño contarán". Ginebra.
- Ortiz, R., Anaya, N. I., Sepúlveda, C., Torres, S. J. y Camacho, P. A.
2005 "Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia. Un estudio transversal". *MedUNAB*. 8: 71-77.
- Seguro Universal Materno Infantil
2007 "Evaluación participativa del SUMI en cuatro municipios del departamento del BENI". Ministerio de Salud de Bolivia.