

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA**



**INFORME FINAL DE INVESTIGACION:
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS, EN MUJERES EMBARAZADAS
QUE INICIAN TARDÍAMENTE SU CONTROL PRENATAL EN LAS UNIDADES
COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIAS DE JUCUAPA,
USULUTÁN; MONCAGUA, SAN MIGUEL Y EQUIPO COMUNITARIO DE SALUD
FAMILIAR LA TRINIDAD, CHAPELTIQUE, SAN MIGUEL. AÑO 2018.**

**PRESENTADO POR:
NORMA LISSETTE GÁLVEZ TORRES
JESSICA ESMERALDA GRANADOS VILLATORO
LAURA ESTEFANY GUARDADO MARTÍNEZ.**

**PARA OPTAR AL TITULO DE:
DOCTORA EN MEDICINA**

**DOCENTE ASESOR:
DR. RENE ATILIO VELASQUEZ GIRON**

DICIEMBRE DE 2018.

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMERICA

AUTORIDADES

**MAESTRO.ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
RECTOR**

**DOCTOR. MANUEL DE JESÚS JOYA ÁBREGO
VICERRECTOR ACADEMICO**

**INGENIERO NELSON BERSABÉ GRANADOS
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

**LICENCIADO CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ
SECRETARIO GENERAL**

**LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN
FISCAL GENERAL**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
AUTORIDADES**

**INGENIERO JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ
DECANO**

**LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ
VICEDECANO**

**MAESTRO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ
SECRETARIO**

**MAESTRO JORGE PASTOR FUENTES CABRERA
DIRECTOR GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACION DE LA FACULTAD
MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA
AUTORIDADES**

**DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACION DE
DOCTORADO EN MEDICINA**

ASESORES

**DOCTOR RENE ATILIO VELASQUEZ GIRON
DOCENTE ASESOR**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
ASESORA DE METODOLOGÍA.**

JURADO CALIFICADOR

**DOCTOR. RENÉ ATILIO VELÁZQUEZ GIRÓN
DOCENTE ASESOR.**

**DOCTOR AMADEO ARTURO CABRERA GUILLÉN
MIEMBRO DEL JURADO CALIFICADOR**

**DOCTOR. HENRY GEOVANNI MATA LAZO
MIEMBRO DEL JURADO CALIFICADOR**

Norma Lisette Gálvez Torres

Carné: GT11006

Jessica Esmeralda Granados Villatoro

Carné: GV09022

Laura Estefany Guardado Martínez

Carné: GM09026

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS, EN MUJERES EMBARAZADAS QUE INICIAN TARDIAMENTE SU CONTROL PRENATAL EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIAS DE JUCUAPA, USULUTAN; MONCAGUA, SAN MIGUEL Y EQUIPO COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR LA TRINIDAD, CHAPELTIQUE SAN MIGUEL. AÑO 2018.

Este trabajo de investigación fue revisado, **evaluado y aprobado** para la obtención del título de Doctor (a) en Medicina por la Universidad de El Salvador.

Dr. Amadeo Arturo Cabrera Guillén.

Dr. Henry Geovanni Mata Lazo.

Tribunal Calificador.

Tribunal Calificador.

Dr. René Atilio Velázquez

Docente asesor.

Mtra. Elba Margarita Berrios Castillo

Coordinadora General de procesos de graduación.

Vo. Bo. Dr. Francisco Antonio Guevara Garay

Jefe de Departamento.

San Miguel, El Salvador, Centro América, diciembre de 2018.

Í N D I C E

CONTENIDO	PAG
RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	6
1. CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	11
1.2. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.	14
1.3. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	16
1.4. JUSTIFICACION	17
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
1.5.1. OBJETIVO GENERAL	20
1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
2.CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	22
2.1. CONSIDERACIONES GENERALES	22
2.2. EL CONTROL PRENATAL.....	24
2.2.1. INSCRIPCION TEMPRANA Y TARDIA	25
2.2.2. ACTIVIDADES DEL CONTROL PRENATAL.....	26
2.2.3. RECOMENDACIONES DE LA OMS SOBRE ATENCIÓN PRENATAL...31	
2.3. MARCO CONCEPTUAL	35
2.3.1. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	35
3. CAPITULO III. DISEÑO METODOLÓGICO.....	39
3.1. TIPO DE ESTUDIO	39
3.2. UNIVERSO Y POBLACION	39
3.2.1 UNIVERSO	39
3.2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	39

3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	40
3.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	40
3.5. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	41
3.6. INSTRUMENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	41
3.7 PROCEDIMIENTO.....	41
3.7.1. PLANIFICACIÓN.....	41
3.7.2. EJECUCIÓN	42
3.8. PLAN DE ANÁLISIS.....	42
4. CAPITULO IV: PRESENTACION DE RESULTADOS.....	44
4.1. TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.	44
5.CAPITULO V. DISCUSION DE LOS RESULTADOS.	98
5.1 RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.....	98
6. CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	105
6.1 CONCLUSIONES.....	105
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112
ANEXOS.....	113
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	114
ANEXO 2: CUESTIONARIO.	115
ANEXO 3: CLAP	120
ANEXO 4: PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACIÓN.	121
ANEXO 5: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	122

RESUMEN

El trabajo presentado a continuación se titula: **Conocimientos, Actitudes y Prácticas en mujeres embarazadas que inician tardíamente su control prenatal en las Unidades comunitarias de Salud Familiar Intermedias de Jucuapa, Usulután; Moncagua, San Miguel y Equipo Comunitario de salud familiar La Trinidad, Chapeltique, San Miguel. Año 2018.**

La atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brinden atención, apoyo e información a las embarazadas; ello incluye la promoción de un modo de vida sano, incluida una buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades; a prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja.

Por tal razón, el motivo de esta investigación fue determinar, los conocimientos, actitudes y prácticas en mujeres embarazadas que iniciaron tardíamente su control prenatal en las unidades comunitarias de salud familiar intermedias de Jucuapa, Usulután, Moncagua, San Miguel y Equipo Comunitario de Salud Familiar “La Trinidad”, Chapeltique.

Este trabajo de investigación es retrospectivo; en el cual se indago sobre hechos ocurridos en el pasado, según su periodo y secuencia es transversal ya que se enfocó en estudiar la variable de forma simultánea en un determinado momento, según su análisis y alcance se plantea como un estudio descriptivo debido a que se observa y se describe la variable sin influir sobre el de ninguna manera, y de tipo prevalente debido a que se estudió una población que presenta una característica específica en un momento determinado.

Al final se evidencia y se determinan los conocimientos, actitudes y prácticas en mujeres embarazadas que iniciaron tardíamente su control prenatal, entre los hallazgos podemos mencionar que la falta de educación creencias arraigadas a la cultura de nuestro país además de la falta de interés por parte de las gestantes hacia el control prenatal son los factores que hacen que no se pueda brindar un servicio eficiente para poder detectar y evitar anomalías durante su embarazo; estos datos se pudieron recopilar por medio del cuestionario; por el cual, se obtuvo la información que se utilizó para formular

recomendaciones dirigidas al personal de salud, las unidades de salud en estudio y ministerio de salud.

Palabras clave: control prenatal, conocimientos, actitudes, practicas, embarazo, inscripción prenatal, inscripción tardía, inscripción temprana.

INTRODUCCIÓN.

El control prenatal se considera como la piedra angular que permite evitar y controlar la morbilidad y las causales de la muerte perinatal fundamentándose en la detección y prevención oportuna de los problemas de salud en las gestantes.

Para realizar un buen control prenatal la atención debe ser precoz; por lo que la primera visita debe realizarse 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 del control; 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.

La Organización mundial de la Salud (OMS) en el año 2015, reportó que a nivel mundial unas 303,000 mujeres fallecieron por causas relacionadas con el embarazo, 2.7 millones de niños fallecieron durante los primeros 28 días de vida y la cifra de mortinatos alcanzó los 2,6 millones. La atención sanitaria de calidad durante el embarazo y el parto puede prevenir muchas de esas muertes; sin embargo, a nivel mundial solo el 64% de mujeres reciben atención prenatal cuatro o más veces a lo largo de su embarazo.

Según las “Guías Clínicas de Atención a la mujer en los Periodos Preconcepcional, Embarazo, Parto, Puerperio y al Recién Nacido del Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL)”, el control prenatal es la atención integral, periódica y sistemática de la embarazada por el equipo de salud, con el fin de: vigilar la evolución del proceso de gestación; identificar factores de riesgo; detectar y tratar oportunamente las complicaciones; referir al nivel de mayor complejidad cuando sea necesario; brindar educación y consejería de acuerdo a las necesidades de la mujer; y lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y su hijo(a).

En la presente investigación se estudiaron los conocimientos, actitudes y prácticas, en mujeres embarazadas que iniciaron tardíamente su control prenatal en las unidades

comunitarias de salud familiar intermedias de Jucuapa, Usulután, Moncagua, San Miguel y Equipo comunitario de salud familiar “La trinidad”, Chapeltique San Miguel; el análisis y tratamiento de los datos obtenidos la investigación se ha estructurado en los siguientes capítulos:

El capítulo I está conformado por el planteamiento del problema que comprende: el enunciado del problema que específicamente trata de la formulación del problema, que determina cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas en mujeres embarazadas que iniciaron tardíamente su control prenatal, además de establecer la pregunta de investigación; que es la pregunta que dio guía a las acciones en el estudio. La Justificación, los objetivos de la investigación, objetivo general, objetivos específicos que en su conjunto se centran en los conocimientos, actitudes y prácticas que presentan las embarazadas que iniciaron tardíamente a su control prenatal.

A continuación, en el capítulo II se presenta el marco teórico, en el que se describen y muestra los antecedentes sobre el control prenatal, clasificaciones, conceptos, características que debe cumplir la atención prenatal, lo cual, se encuentra descrito dentro del marco referencial, marco teórico y marco conceptual.

Mediante el capítulo III se establece el diseño metodológico de investigación; el tipo de estudio con el que se realizó la investigación; el cual fue con el enfoque retrospectivo, pues se indaga sobre hechos ocurridos en el pasado; según su periodo y secuencia es transversal; se enfocó en estudiar de forma simultánea en un determinado momento. Además, se describen los escenarios que son el contexto de la investigación, es decir, tiempo y espacio utilizado para realizar el estudio. La aplicación del instrumento a utilizar; criterios de inclusión y exclusión. Y por último la metodología de recolección, análisis e interpretación de la información obtenida.

Se detalla en el capítulo IV el análisis e interpretación de los datos, preguntas y gráficas correspondientes; que fueron utilizados para determinar los conocimientos actitudes y prácticas en mujeres embarazadas que iniciaron su control prenatal tardíamente. Información con la cual se pudo fundamentar las conclusiones sobre el problema de investigación y que permitió hacer las recomendaciones necesarias.

En el Capítulo VI, se presentan las conclusiones y recomendaciones sobre el tema investigado que han sido elaboradas de acuerdo con el resultado del análisis sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en mujeres embarazadas que iniciaron su control prenatal tardío.

Finalizando con las referencias bibliográficas que refleja las fuentes de información utilizadas para sustentar la investigación; los anexos, que incluyen los instrumentos aplicados para obtener la información acerca del tema de investigación, además del CLAP de donde se obtiene la información sobre la gestante durante sus controles, el presupuesto de la investigación y el cronograma de actividades.

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN
MUJERES EMBARAZADAS QUE INICIAN
TARDÍAMENTE SU CONTROL PRENATAL EN LAS
UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR
INTERMEDIAS DE JUCUAPA, USULUTÁN;
MONCAGUA, SAN MIGUEL Y EQUIPO COMUNITARIO
DE SALUD FAMILIAR LA TRINIDAD, CHAPELTIQUE,
SAN MIGUEL. AÑO 2018.”**

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1. CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Cada día en el mundo mueren aproximadamente 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto; 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo. Debido a esto, la atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brinden atención, apoyo e información a las embarazadas; ello incluye la promoción de un modo de vida sano, incluida una buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades, la prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja. (1).

La meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100,000 nacidos vivos entre 2016 y 2030. De acuerdo con la Organización mundial para la salud OMS, en 1990 la razón de mortalidad materna de El Salvador era de 157 por cada 100,000 nacidos vivos.

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos; la mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer. Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son: las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto); las infecciones (generalmente tras el parto); la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia); complicaciones en el parto; los abortos peligrosos. (1)

La mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. En comparación con otras mujeres, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos. La mortalidad materna mundial se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015. (1)

Un punto estratégico de encuentro del Ministerio de salud (MINSAL) y las instancias e intersectoriales involucradas, es la construcción colectiva de un nuevo Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna peri-neonatal (2015 – 2019), que responda a las nuevas realidades de la reforma integral e integrada de salud en curso, que aborde el problema de la mortalidad materno/infantil desde el curso de vida que incorpora a la persona, la familia, la comunidad y desde sus determinantes sociales, ambientales y en el cual se integren los esfuerzos hacia un mismo fin, evitando la dispersión y duplicidad, las estadísticas sobre mortalidad materno/infantil en el quinquenio anterior e inicios del presente. (2)

La enfermedad hipertensiva del embarazo, las hemorragias e infecciones obstétricas constituyen las principales causas de muertes maternas, así mismo para los prematuros, el bajo peso al nacer, la sepsis neonatal, de los cuales son factores que pueden ser detectados con un buen control prenatal.

En el año 2017 El Salvador ya se encontraba entre los países de América Latina en tener la razón de mortalidad materna más baja (27.4 x 10,000 RN vivos), en cumplimiento de los Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS). El año 2017 cerró con aproximadamente 67,571 partos institucionales en el Ministerio de Salud, lo que indica que el 99.1% de los embarazos fueron atendidos en hospitales nacionales, incidiendo en la reducción de las complicaciones y mortalidad de las mujeres embarazadas.

“Los ODS nos piden una razón de 70 por cien mil nacidos vivos, El Salvador se encuentra alrededor de 30, 31 por razón de mortalidad materna, lo cual nos ubica en una de las razones de mortalidad materna más bajas de la historia” detalló el Viceministro de Salud, San Salvador, 1 de enero de 2018. (3)

El Control Prenatal es un conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. De esta forma, se podría controlar el momento de mayor morbi-mortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y evitar las principales causas de mortalidad materna. (2)

El control prenatal permite identificar las alteraciones del embarazo que requiere de un ingreso hospitalario oportuno. En las instituciones de salud (Unidades de salud, Equipos Comunitarios de Salud Familiar -ECOS) se ha registrado un ingreso tardío de las gestantes al programa, lo que está afectando la salud del binomio Madre-Hijo al no detectar oportunamente posibles alteraciones, generando muertes en el neonato y/o materna, mayor incidencia de remisiones a niveles superiores de complejidad, complicaciones del embarazo y en el parto, incremento de los costos de los servicios de salud (Unidad Cuidados Intensivos neonatal, remisiones); implicaciones a nivel familiar y social por una muerte materna. (1)

En nuestro país la población de mujeres en edad fértil, no asisten a un control prenatal adecuado debido a múltiples razones tales como patrones culturales, educativos, difícil acceso a los servicios de salud, por lo que se convierte en un verdadero problema para la salud pública. Un buen porcentaje de mujeres inicia sus controles prenatales al momento de presentar alguna morbilidad y no desde el momento que lo estipulan las normas de salud pública que es entre la 2^a y 4^a semana de retraso del periodo menstrual o al menos antes de las 12 semanas de gestación. (2) Pese a que la cobertura en control prenatal en general se ha incrementado, este sigue ubicándose por debajo del establecido por las normas de MINSAL que es del 80%.

El presente trabajo de investigación se enfocó en determinar los conocimientos, actitudes y practicas por los cuales inician su control prenatal de forma tardía las mujeres embarazadas en las Unidades de salud comunitarias y familiares de Jucuapa, Usulután, Moncagua, San Miguel y Equipo comunitario de Salud “La Trinidad” Chapeltique, San Miguel. Con el fin de aportar conocimientos que sirvieran de base para realizar recomendaciones que puedan beneficiar a los servicios sanitarios de salud, incluyendo a los profesionales encargados de brindar la atención a la población en estudio.

1.2. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

El cuidado del embarazo de forma temprana, periódica e integral disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como perinatal; propicia además una adecuada atención de parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos en los periodos inmediatamente posteriores al nacimiento; así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita.

La atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brinden atención, apoyo e información a las embarazadas. Por lo que las investigadoras Carmen Rosa Esguerra Velandia e Irene Esguerra de Cárdenas (4) en el año de 1991 realizan un estudio denominado “Causas de inasistencia al control prenatal” en el Instituto Materno Infantil de Santafé de Bogotá Colombia, el cual analizo los factores biológicos, psicológicos y socioculturales como condicionantes de la inasistencia o asistencia tardía al control prenatal; en dicho estudio se observó una relación de dependencia entre el nivel educativo y la asistencia al control prenatal demostrando que a mayor nivel educativo mayor asistencia a control prenatal; además de denotar que las creencias erradas acerca del proceso salud-enfermedad hacen que las gestantes consulten a profesionales de la salud sólo cuando hay evidencia de enfermedad o necesitan tratamiento.

Así mismo Ávila Valle, Marvin Ramiro, Hernández Torrent, Mauricio Antonio, Molina Martínez y Jonathan Alfredo en el año 2004 realizan una investigación en El Salvador titulada “Inscripción tardía del control prenatal y su relación con el peso del recién nacido, en mujeres embarazadas de 15 a 20 años de edad en la Unidad de salud de Ahuachapán en los meses de julio del año 2004 a julio del año 2005”. En este estudio se dio a conocer la relación que tiene la inscripción tardía del control prenatal en las adolescentes de 15 a 20 años de edad con el peso del recién nacido, en donde se enumeran las principales causas que llevan a una variabilidad en el peso, entre ellas se concluyó que un control prenatal tardío se encuentra relacionado con el bajo peso de un recién nacido, si se acompaña de: nivel socioeconómico bajo de la paciente, desnutrición, bajo peso, talla

menor de 150 cm entre otros, observándose factores pueden modificar el peso de un feto y al final tener un producto de bajo peso.

En Colombia Ramiro Córdoba, Lina Paola Escobar y Lida Lucero Guzmán, en el año 2009 realizan estudio denominado “Factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de San Sebastián de la Plata, Huila,” en el cual, identificaron que la población adolescente y el bajo nivel educativo son factores que están relacionados directamente con el inicio tardío de los controles prenatales, además del bajo nivel social y cultural que conlleva a que las mujeres desconozcan sus derechos y por consiguiente tengan limitantes para el acceso a la información y a los servicios de salud.

Posteriormente en Colombia en el año 2014 Rivera Mejía, lleva a cabo una investigación titulada "Factores de servicios de salud y satisfacción de usuarias asociados al acceso al control prenatal"; encontrando que las principales barreras que impiden el acceso a los servicios salud son: no contar con dinero y no contar con carnet de salud antes de inscribirse al control, eran determinantes que evitaban la inscripción prenatal oportuna en las gestantes en estudio, además de afirmar que no consideraban importante asistir al control prenatal; aparte que se les era tedioso el tener que realizar muchos trámites administrativos y el gasto que estos implicaban.

Un año después en Perú, Zela Chambi CY, Figueroa Chura YS, elaboraron un trabajo de investigación denominado "Factores que influyen en la adherencia de la embarazada al control prenatal en el Centro de Salud La Revolución Juliaca", en el cual identificaron los factores sociodemográficos relacionados entre ellos y se mencionan: la condición socioeconómica, área de procedencia, estado civil principalmente en la mujer soltera, edad de la embarazada mayor de 35 años, bajo nivel educativo, y ocupación; los cuales, influyen de manera negativa en la adherencia al control prenatal.

Concomitantemente estudiantes de Doctorado en Medicina de la Universidad de El Salvador, Claudia Saraí Alfaro María, Miguel Ángel Castaneda Diaz, Jessica Jazmín Escobar Ayala, realizaron trabajo de investigación que se titula: “Factores que intervienen en la falta de inscripción prenatal temprana, en las mujeres embarazadas de la unidad comunitaria de salud familiar básica Galeano; municipio de Chalchuapa, Santa Ana” en

cuyo resultado reflejaban que la falta de inscripción prenatal temprana era debido a que las gestantes del establecimiento estaban expuestas a los altos índices de delincuencia, además de la inaccesibilidad geográfica por los lugares en los que residen y principalmente al restarle importancia al embarazo por no ser el primero (Multiparidad) y al desconocer los factores de riesgo durante el embarazo.

En el año 2016 César García-Balaguera en Colombia lleva a cabo la investigación: “Barreras de acceso y calidad en el control prenatal” donde detalla que las barreras de acceso y la calidad pueden variar según las diferentes determinantes sociales, culturales y del diseño de los sistemas de salud, tanto en lo que se refiere a la cobertura como al acceso de las gestantes a los servicios de atención prenatal.

En el año 2017 Irma Yolanda Castillo Ávila, Laura Milena Fortacho Acuña, Jessica Padilla Yáñez, María Alejandra Monroy Gascón, Yorleidis Morales Pérez y Angélica María Ahumada Tejera pertenecientes a la Universidad de Cartagena Colombia ejecutan un estudio denominado “Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia”; en el cual, indagaron sobre factores asociados al uso adecuado del control prenatal por gestantes; entre las razones de inasistencia según el estudio se evidencia que existe fallas en la gestión administrativa de las instituciones de salud; además, la falta de interés frente al control por parte de la embarazada, que interfiere en el uso del servicio y su adherencia a este.

1.3. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

A partir de la problemática anteriormente descrita, el problema se enuncia a través de la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas, en mujeres embarazadas que inician tardíamente su control prenatal en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedias de Jucuapa, Usulután; Moncagua, San Miguel y Equipo Comunitario de Salud Familiar La Trinidad Chapeltique, San Miguel. Año 2018?

1.4. JUSTIFICACION

Un inicio temprano de la atención prenatal puede resultar beneficioso para llevar un embarazo sano y de tal manera sea una experiencia agradable para la familia y la comunidad. La atención prenatal es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución y la respectiva consulta médica, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto. 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. (1)

La mayoría de los modelos de control prenatal actualmente en uso en el mundo no han sido sometidos a una evaluación científica rigurosa para determinar su efectividad. A pesar del amplio deseo de mejorar los servicios de cuidados maternos, esta falta de evidencia ha impedido la identificación de intervenciones efectivas y, por lo tanto, la asignación óptima de recursos. En los países en desarrollo, la implementación de los programas de control prenatal rutinarios frecuentemente ha sido deficiente, las visitas a centros de Salud son irregulares; además de falta de compromiso de las usuarias para recibir la atención (OMS).

El control prenatal se define como la atención integral, periódica y sistemática de la embarazada con el fin de: vigilar la evolución del proceso de gestación; identificar factores de riesgo; detectar y tratar oportunamente las complicaciones; referir al nivel de mayor complejidad cuando sea necesario; brindar educación y consejería de acuerdo con las necesidades de la mujer; lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y su hijo(a).(2)

Es así como un proceso bien planificado y organizado conlleva al control de las diversas variables y factores que lo definen. Un control prenatal (planificación y organización del parto y posparto) permite identificar factores de riesgos, lo cual hace posible establecer opciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo. El Control prenatal, se propone mejorar la calidad de vida de las madres gestantes, por medio de la concientización-sensibilización, para que asistan oportunamente de acuerdo

con los estándares de cuidado establecidos por entes gubernamentales relacionados con los programas del control prenatal para reducir los casos de morbi-mortalidad.

Así mismo el inicio tardío de la atención prenatal es decir después de las 12 semanas de gestación, pone en riesgo la salud materna y fetal, porque conlleva a que se puedan producir malformaciones congénitas ya que, el primer trimestre constituye el momento preciso para prevenirlas. También resulta complicado identificar y dar tratamiento oportuno a patologías como por ejemplo las anemias; las cuales, en ocasiones llegan a ser severas, las infecciones del tracto urinario que pueden ser causa de parto pretérmino y a la vez causando mayor frecuencia de mortalidad neonatal, y de igual forma otras patologías que son prevenibles con una adecuada atención prenatal; lamentablemente también existen gestantes que incluso acuden faltando días o justamente en trabajo de parto, sin haber asistido a ninguna atención prenatal y sin datos sobre los factores de riesgo del embarazo en curso lo cual puede afectar la salud del binomio madre-hijo.

Uno de los principales problemas en la comunidad es que, a pesar de que la unidad de salud se encuentre accesible, se puede percibir la falta de interés por parte de las mujeres gestantes a sus respectivos controles prenatales; lo cual es consecuencia en primera instancia por la falta de educación sobre el autocuidado y la importancia de acudir al control prenatal, provocando que la morbi-mortalidad materna sea uno de los principales problemas en la población, además involucra otros factores, como la edad de la madre, la calidad de los servicios de salud, factores socioeconómicos, culturales y demográficos.

Por tal razón se llevó a cabo un estudio en donde se identificaron los conocimientos, actitudes y prácticas por las cuales las mujeres en el periodo de embarazo acuden tardíamente a su primer control prenatal, y a su vez, los cuales sirvieron para realizar recomendaciones a nivel nacional a fin de mejorar dichos conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres gestantes, a fin de realizar recomendaciones orientadas a la disminución de la tasa de mortalidad materna a nivel local.

Este trabajo de investigación, contribuirá a las Unidades Comunitarias de salud Familiar y Equipos comunitarios de Salud familiar estudiadas, a enriquecer de forma general sus conocimientos para que el personal de salud, por medio de recomendaciones que se mencionaran al final del estudio, de tal forma que puedan contribuir a identificar

situaciones que puedan influir en el inicio tardío del control prenatal de las mujeres gestantes de su área de cobertura y prevenir las complicaciones en el embarazo en base a un diagnóstico oportuno y una detección adecuada.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en mujeres embarazadas que inician tardíamente su control prenatal en las unidades comunitarias de salud familiar intermedias de Jucuapa, Usulután, Moncagua, San Miguel y Equipo Comunitario de Salud Familiar “La Trinidad”, Chapeltique. Año 2018.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los conocimientos que tienen las mujeres embarazadas que inician tardíamente su control prenatal en las unidades de salud en estudio.
- Reconocer las actitudes de las mujeres embarazadas en el inicio tardío de inscripción prenatal en las unidades de salud antes mencionadas.
- Establecer las prácticas que tienen las mujeres embarazadas en relación con el inicio tardío del control prenatal en las unidades en investigación.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO.

2.CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. CONSIDERACIONES GENERALES

La OMS concibe un mundo en el que todas las embarazadas y recién nacidos del planeta reciban una atención de calidad durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal. La OMS apoya a los países para que presten una atención integrada, basada en datos probatorios y costo eficaz a las madres y a los niños durante el embarazo, el parto y el puerperio. (5)

En el continuo de servicios de atención de la salud reproductiva, la atención prenatal representa una plataforma para llevar a cabo importantes funciones de atención de la salud, como la promoción de la salud, el cribado y el diagnóstico, y la prevención de enfermedades. Se ha constatado que, cuando se realizan en tiempo oportuno prácticas apropiadas basadas en datos objetivos, la atención prenatal puede salvar vidas. De modo significativo, la atención prenatal también ofrece la oportunidad de comunicarse con las mujeres, las familias y las comunidades para brindarles apoyo durante su embarazo.

Se ha puesto énfasis en la importancia de establecer una comunicación eficaz sobre cuestiones fisiológicas, biomédicas, de comportamiento y socioculturales y brindar un apoyo eficaz de tipo social, cultural, emocional y psicológico a las embarazadas de una manera respetuosa. Estas funciones de comunicación y apoyo de la atención prenatal son esenciales, no solo para salvar vidas, sino para mejorar la calidad de vida, incrementar la utilización de los servicios de atención de la salud y aumentar la calidad de la atención. Las experiencias positivas de las mujeres en el marco de la atención prenatal y el parto pueden sentar las bases para una maternidad saludable.

Una experiencia de embarazo positiva se define como el mantenimiento de la normalidad física y sociocultural, el mantenimiento de un embarazo saludable que beneficie a la madre y al recién nacido (incluida la prevención o el tratamiento de los riesgos, las enfermedades y la muerte), la realización de una transición efectiva hacia un parto y un

nacimiento positivo, y la experiencia de una maternidad positiva (incluida la autoestima, la competencia y la autonomía maternas).

La mortalidad materna es inaceptablemente alta; cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303,000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.

Desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna. En otras regiones, como Asia y el Norte de África, los progresos han sido aún mayores. Entre 1990 y 2015, la RMM mundial (es decir, el número de muertes maternas por 100,000 nacidos vivos) solo se redujo en un 2,3% al año. Sin embargo, a partir de 2000 se observó una aceleración de esa reducción. En algunos países, las reducciones anuales de la mortalidad materna entre 2000 y 2010 superaron el 5,5%.

Al ver que es posible acelerar la reducción, los países han adoptado una nueva meta para reducir aún más la mortalidad materna. Una de las metas del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible consiste en reducir la RMM mundial a menos de 70 por 100,00 nacidos vivos y lograr que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial.

El quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM5) consiste en mejorar la salud materna, y las metas son reducir la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015 (ODM 5A) y lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva (ODM 5B). Pese a importantes avances, no se ha alcanzado el ODM 5A. Los progresos con respecto a la reducción de la mortalidad en los países en desarrollo y a la prestación de servicios anticonceptivos han sido insuficientes para alcanzar las metas. Mirando más allá de 2015, los Objetivos de Desarrollo Sostenible ofrecen una nueva oportunidad de mejorar la salud materna de todas las mujeres en todos los países y en todas las circunstancias. (1)

2.2. EL CONTROL PRENATAL

El control prenatal se define como el cuidado que proporciona el equipo de salud a la mujer gestante, con el objeto de garantizar las mejores condiciones de salud para ella y el feto durante la gestación y, posteriormente, una óptima atención del parto. Esta actividad debe ser una responsabilidad de carácter institucional, a través de un grupo pequeño y estable de profesionales de la salud, adecuadamente capacitado, que le preste una atención directa a la gestante; que permita integrar la atención brindada antes del embarazo con la actual, durante la gestación, y luego con el parto y el postparto. (6)

Los objetivos del control prenatal son:

- Identificar los factores de riesgo
- Determinar la edad gestacional
- Diagnosticar la condición fetal
- Diagnosticar la condición materna
- Educar a la madre

Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

- Precoz
- Periódico
- Completo
- De amplia cobertura

Precoz: La primera visita debe realizarse 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 del control. 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 los controles prenatales varía según el grado de riesgo que presenta la embarazada. Las mujeres con embarazos de bajo riesgo requerirán un número menor de controles (entre 4 y 6) que las de alto riesgo.

Completo: Los contenidos mínimos del control 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 controlada es más alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) mayor será el impacto positivo sobre la morbilidad materna y perinatal

2.2.1 INSCRIPCION TEMPRANA Y TARDIA

Los Controles Prenatales forman una serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza. Se recomienda que los controles sean de la siguiente manera:

- El primero antes de las 12 semanas.
- El segundo alrededor de las 26 semanas
- El tercero a las 32 semanas
- El cuarto entre las 36 y 37 semanas.

En base a lo anterior, se establecen dos conceptos importantes relacionados a la primera atención durante el embarazo: El “Control Prenatal Precoz” y el “Control Prenatal Tardío” que se describen a continuación:

- Control prenatal precoz: debe iniciarse en el primer trimestre del embarazo, en cuanto se haya diagnosticado el embarazo para establecer la fecha probable de parto y las semanas de gestación, para posibilitar acciones de prevención promoción de la salud y detectar factores de riesgo.

- Control prenatal tardío: es aquel que inicia después de las 12 semanas de gestación.

2.2.2 ACTIVIDADES DEL CONTROL PRENATAL

La atención integral de la mujer gestante de bajo riesgo durante el control prenatal debe ser realizada en conjunto por el médico general y la enfermera; y en caso de detectarse alguna anormalidad, la paciente deberá ser remitida al obstetra para valoración. No se ha demostrado que mejore la calidad de atención en este grupo de pacientes si el cuidado primario es realizado directamente por el obstetra.

De acuerdo con la normativa nacional, la primera valoración ha de hacerse lo más tempranamente posible; la frecuencia del control prenatal tiene en cuenta las características particulares de la atención en salud en el país, sin desconocer otros modelos de atención propuestos con un menor número de consultas, hasta de 5 controles prenatales, sin diferencias significativas con relación al resultado materno perinatal, aunque con un posible menor grado de satisfacción de las gestantes respecto de la atención prestada. (6)

2.2.2.1 LA HISTORIA CLÍNICA OBSTÉTRICA

En la primera consulta se abre el Carné Obstétrico y Perinatal (CLAP - Ver Anexo 3). Este indica en su etapa el Centro donde se controla la embarazada y sus datos personales. Además, resume los antecedentes, primera consulta y consultas subsiguientes, así como exámenes de laboratorio. Agrega asimismo en breve un resumen de datos del parto y del recién nacido. Es importante que la madre conserve este carné, lo presente en cada una de las consultas y lo entregue en el momento de la internación para el parto.

Esto permitirá que se conozca la evolución del embarazo y del estado de salud de la madre y el niño hasta el momento, lo que favorecerá una mejor atención del parto.

Aunque el embarazo es un estado natural, es conveniente que la mujer embarazada cuide de sí misma, para garantizar que el hijo tenga un mejor inicio de vida, por lo cual es importante visitar los servicios de salud.

El elemento básico de la consulta prenatal lo constituye una buena historia clínica, en la que se deben investigar los aspectos que se señalan a continuación:

- **Datos Personales:** Se debe incorporar en la historia clínica lo siguiente:
 - Edad. Se conoce muy bien el papel que representa la edad de la paciente para la salud de la madre y del futuro del niño, tanto en el embarazo como en el parto. El embarazo en la adolescente tiene un manejo diferente al de un embarazo en edades más avanzadas de la edad fértil. El embarazo en la mujer añosa tiene un aumento de la incidencia de anomalías fetales, además de ser más propensa a complicaciones sistémicas tipo hipertensión, diabetes, etc.
 - Estado Civil. Por las complicaciones psicosociales que inciden sobre la madre soltera, madre en trámites de divorcio, etc.
 - Procedencia. Las migraciones internas y externas traen consigo enfermedades propias de las diferentes latitudes de donde procede la gestante.
 - Raza. Algunas enfermedades atacan con preferencia a ciertos grupos étnicos.

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

- **Antecedentes obstétricos:** Gestación, paridad, momento y forma de terminación de los embarazos, peso y salud de los recién nacidos, puerperio y lactancia.
- **Antecedentes personales, familiares y conyugales:** Se debe indagar la historia familiar de la gestante en especial sobre diabetes, anomalías congénitas, alteraciones cromosómicas, enfermedades cardiovasculares, sobre todo hipertensión y embarazos múltiples. También es importante averiguar si entre la pareja existe algún grado de consanguinidad, por la elevada frecuencia de malformaciones congénitas que hay en los descendientes de estas parejas.
- **Examen Físico General:** El examen físico en la primera consulta prenatal debe ser completo, se debe evaluar la talla, la tensión arterial y el peso. Se debe hacer particular énfasis en la auscultación cardiopulmonar, el examen del sistema vascular periférico, la observación y palpación adecuada de la mama, la tiroides el abdomen.
- **Examen Gineco-Obstétrico:** Se debe observar y palpar los genitales externos, piso perineal, descartar la presencia de lesiones inflamatorias, desgarros, tumores, etc. Es recomendable practicar un examen con espéculo para el estudio del cuello uterino mediante citología cervicovaginal, descartar pólipos, ectropión cervical y desgarros.

Examen de la vagina, su amplitud, si existen tabiques o paquetes varicosos; flujo, cantidad, color, olor y, de ser posible, examen microscópico en fresco y cultivo.

Se debe practicar un tacto para descartar embarazo ectópico, tumores uterinos o pélvicos, tamaño del útero, que debe ser el esperado para la fecha de amenorrea, lo que permite desde el inicio del control presumir el diagnóstico de mola, embarazo múltiple o error en la fecha de la última regla, especialmente si no se cuenta con un equipo de ecosonografía. Hay que valorar el estado del cuello, sobre todo del orificio interno, el cual debe estar cerrado, si se trata de una nulípara, o puede permitir el paso de la punta del dedo por el orificio cervical externo, si se trata de una múltipara.

- **Solicitud de exámenes:** se solicitan durante el primer trimestre y se repiten una o dos veces en el embarazo:

- Hemograma
- Examen general de orina.
- Glicemia
- Reacciones serológicas para sífilis
- VIH
- Grupo sanguíneo
- Rh

Se recomienda así mismo estudiar:

- Toxoplasmosis
- Citomegalovirus
- Hepatitis B
- Enfermedad Chagas.
-

Otros Estudios:

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

En el primer y tercer trimestre del embarazo estaría indicada en cualquier momento la ecografía cuando se sospeche alguna alteración en el embarazo. De igual forma, cuando al inicio del embarazo no se conoce la fecha de la última regla; a las 32 semanas, para confirmar el diagnóstico de placenta previa; y a las 36 semanas, para confirmar el diagnóstico de una presentación en pelvis o una situación transversa por maniobras de Leopold.

- Citología Cervical: En mujeres que no tengan una citología reciente debe tomárseles este examen en la primera visita e informarles acerca de la importancia de su realización periódica.
- **Prescripción de micronutrientes:** la gestante que ingiere una dieta balanceada no requiere de una suplencia adicional de micronutrientes, excepto de ácido fólico.

El ácido fólico disminuye el riesgo de malformaciones del tubo neural en el feto; por ello se recomienda su administración durante los 3 meses previos a la concepción y las primeras 12 semanas de gestación. La dosis recomendada es de 4 mg/día en mujeres con antecedentes de hijo con defecto del tubo neural o en tratamiento con medicamentos anticonvulsivantes, antifúngicos o antimetabolitos; y de 0,4 mg/día en las mujeres sin estos antecedentes.

Es importante tener en cuenta que la administración adicional de la vitamina A por encima de los requerimientos basales (700 kg/día), especialmente en las primeras 12 semanas de embarazo, a través de suplementos nutricionales o alta ingesta de hígado o sus derivados, aumenta el riesgo de teratogénesis.

- **Educación:** en el primer trimestre de la gestación es necesario capacitar a la gestante y a su pareja o apoyo familiar en los siguientes:
 - El control prenatal, su importancia, actividades a desarrollar y frecuencias de los controles.
 - La documentación necesaria para solicitar el servicio, los sitios y horarios de atención para la consulta de control y urgencias.
 - Los signos de alarma por los que se debe asistir al servicio de urgencias: hipertensión arterial, cefalea, epigastralgia, fosfenos, tinitus; edema de predominio matutino en cara, manos y/o miembros inferiores; sangrado genital, amenorrea, actividad uterina regular, fiebre, poliuria, disuria, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, entre otros.

- La promoción de hábitos saludables con relación a la nutrición, actividad física, sexualidad, sueño, viajes, tabaquismo, alcoholismo, consumo de sustancias psicoactivas, abuso de fármacos en general, exposición a tóxicos e irradiación 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 técnica de amamantamiento.
- El cuidado del recién nacido, la importancia del control al crecimiento y desarrollo y el cumplimiento del esquema de vacunación.
- La planificación familiar, su importancia, métodos disponibles y momento ideal de inicio en el posparto.

2.2.3. RECOMENDACIONES DE LA OMS SOBRE ATENCIÓN PRENATAL

Con el nuevo modelo de atención prenatal de la OMS, el número de contactos que debe tener la embarazada con los profesionales sanitarios a lo largo del embarazo se incrementa de cuatro a ocho. Datos recientes indican que una mayor frecuencia de contactos prenatales de las mujeres y las adolescentes con el sistema sanitario se asocia a una disminución de la probabilidad de muertes prenatales. Esto sucede porque existen más oportunidades para detectar y gestionar los posibles problemas. Una atención prenatal con un mínimo de cinco contactos puede reducir las muertes perinatales hasta en 8 por cada 1000 nacimientos.

Con el nuevo modelo se incrementan las evaluaciones maternas y fetales para detectar problemas, se mejora la comunicación entre los profesionales sanitarios y las embarazadas, y se aumenta la probabilidad de que el embarazo tenga un desenlace positivo. En este modelo se recomienda a las embarazadas tener su primer contacto a las 12 semanas de gestación.

Las recomendaciones de la OMS otorgan flexibilidad a los países para que utilicen diferentes opciones para prestar la atención prenatal de acuerdo con sus necesidades específicas. Esto significa, por ejemplo, que la atención pueda ser prestada por parteras u otro personal de salud capacitado, en centros de salud o mediante servicios de proximidad dirigidos a la población general. Más que una simple «visita», el «contacto» entre la embarazada y el profesional encargado de su atención prenatal debe suponer la prestación de atención y apoyo a lo largo del embarazo, entre las cuales podemos mencionar:

- Intervenciones alimentarias
 - Se recomienda brindar asesoramiento a las embarazadas sobre la importancia de una alimentación saludable y la actividad física durante el embarazo, con el fin de que se mantengan sanas y no aumenten excesivamente de peso durante el embarazo.
 - En poblaciones desnutridas se recomienda proporcionar a la embarazada información nutricional sobre la importancia de aumentar la ingesta calórica y de proteínas para reducir el riesgo de dar a luz a niños con insuficiencia ponderal.

- Violencia de pareja.

Para mejorar el diagnóstico clínico y la atención subsiguiente, en las visitas de atención prenatal se debería considerar seriamente la posibilidad de realizar una indagación clínica sobre la posible existencia de violencia de pareja al evaluar afecciones que podrían estar provocadas o agravadas por este tipo de violencia, siempre que haya capacidad para dar una respuesta de apoyo (incluida la derivación cuando proceda) y se cumplan los requisitos mínimos establecidos por la OMS.

- Diabetes mellitus gestacional.

Cuando la hiperglucemia se detecta por primera vez en cualquier momento del embarazo, esta debería clasificarse como diabetes mellitus gestacional o diabetes mellitus durante el embarazo, según los criterios establecidos por la OMS.

- Consumo de tabaco.

Los profesionales de atención de la salud deberían preguntar a todas las embarazadas lo antes posible y en cada visita de atención prenatal si consumen o han consumido tabaco y si están expuestas al humo ajeno.

- Uso de sustancias

Los profesionales de atención de la salud deberían preguntar a todas las embarazadas lo antes posible y en cada visita de atención prenatal si consumen o han consumido alcohol u otras sustancias.

- Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y sífilis.

En entornos de alta prevalencia, las pruebas y el consejo practicados a instancias del profesional deberían considerarse un componente sistemático del conjunto de servicios sanitarios que se brindan a las embarazadas en todos los centros de atención prenatal. En entornos de baja prevalencia, se puede considerar la posibilidad de ofrecer a las embarazadas pruebas y asesoramiento practicados a instancias del profesional en centros de atención prenatal como componente clave de los esfuerzos destinados a eliminar la transmisión materno-infantil del VIH, así como a combinar las pruebas de detección del VIH con las pruebas de detección de otros virus, de la sífilis y de otras afecciones importantes, según el contexto, y a reforzar los sistemas de atención materna e infantil subyacentes.

- Medidas preventivas

- Antibióticos para la bacteriuria asintomática (BA).

Para prevenir la bacteriuria persistente, el nacimiento prematuro y la insuficiencia ponderal al nacer se recomienda administrar un tratamiento antibiótico de siete días de duración a todas las embarazadas con bacteriuria asintomática (BA).

- Profilaxis antibiótica para prevenir las infecciones recurrentes del tracto urinario.

La profilaxis antibiótica solo se recomienda para prevenir las infecciones recurrentes del tracto urinario en mujeres embarazadas en el marco de una investigación rigurosa.

- Administración prenatal de inmunoglobulina anti-D.
Solo se recomienda administrar profilaxis prenatal con inmunoglobulina anti-D a embarazadas Rh negativo no sensibilizadas en las semanas 28 y 34 de gestación para prevenir la a la inmunización anti-Rh en el contexto de una investigación rigurosa.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

2.3.1. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Aborto:** Expulsión del producto de la concepción, durante las primeras 20 semanas de embarazo, pesando 499 gramos.
- **Aborto completo:** Expulsión completa o extracción del organismo materno, de un producto de 20 semanas o menos, sin importar que el aborto sea espontáneo o inducido.
- **Aborto habitual:** Es el que ocurre espontánea y consecutivamente en tres o más ocasiones.
- **Aborto incompleto:** Expulsión de una parte del producto, reteniéndose el resto en la cavidad uterina.
- **Amenaza de aborto:** Presencia de sangrado procedente de la cavidad uterina o de dolor pélvico determinado por la contracción uterina y que no se acompaña de modificaciones cervicales.
- **Amenorrea:** Falta de la menstruación por más de 60 días.
- **Atención prenatal:** Conjunto de acciones de salud que reciben las gestantes cuyo propósito es lograr una óptima atención en salud para obtener un recién nacido vivo, sano y sin complicaciones maternas.
- **Bajo peso al nacer:** Recién nacido con peso inferior a 2500 gramos.
- **Dismenorrea:** Se refiere a la menstruación que se acompaña con dolor.
- **Dispareunia:** Presencia de dolor durante el coito.
- **Distocia:** Anormalidad en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.
- **Embarazo:** Proceso fisiológico que ocurre desde la implantación del huevo fecundado y termina cuando ocurre el parto, tiene una duración de 280 días o 9 meses aproximadamente.
- **Embarazo de alto riesgo:** Es aquel en que se tiene certeza o probabilidad grave de sufrir daño, lesión o muerte materna, fetal o neonatal como consecuencia del suceso reproductivo.

- **Embarazo ectópico:** Implantación y nidación del huevo fuera de la cavidad uterina.
- **Embarazo molar:** Anomalía del desarrollo del corion, caracterizada por la degeneración hidrópica de las vellosidades coriales; proliferación del trofoblasto y alta producción de hormona gonadotrópica coriónica, acompañada o no de embrión o feto.
- **Factores de riesgo:** Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir o disminuir una enfermedad o lesión.
- **Feto:** Producto de la concepción, desde la decimotercera semana de embarazo y durante el tiempo que permanece en el interior del seno materno.
- **Inicio tardío de la atención prenatal:** Se refiere al inicio de la atención prenatal desde las 12 semanas a más de gestación.
- **Inicio temprano de la atención prenatal:** Inicio de la atención prenatal realizada hasta antes de las 12 semanas de gestación.
- **Morbilidad:** Es la cantidad de individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en espacio y tiempo determinados
- **Mortalidad:** Calidad de mortalidad y Número de defunciones en una población y periodo determinado.
- **Mortalidad materna:** Número de mujeres que fallecen durante el estado grávido puerperal, desde que el embarazo se inicia, hasta la sexta semana después del parto. Desde el punto de vista bioestadístico se expresa indicando el número de muertes por 10 000 nacidos vivos; o por 100 000 si el número de muertes es bajo.
- **Mortalidad perinatal:** Indica el número de muertes prenatales y neonatales. Se expresa por el número de muertes por mil nacidos vivos.
- **Mortinato:** Producto de un embarazo de más de 20 semanas, que después de terminar su separación del organismo materno no respira ni manifiesta ningún signo de vida. El término no es sinónimo de muerte fetal ni de recién nacido muerto.
- **Muerte neonatal:** Muerte del producto desde el momento del nacimiento, hasta que cumple 28 días.

- **Muerte prenatal:** Muerte del producto in útero, desde que el embarazo es mayor de 20 semanas, hasta antes del nacimiento.
- **Multigesta:** Mujer que ha tenido más de un embarazo.
- **Múltipara:** Mujer que ha tenido más de un parto de uno o más fetos viables.
- **Óbito fetal:** Muerte in útero del producto después de la 20 semana de gestación.
- **Oligohidramnios:** Cantidad disminuida del líquido amniótico.

CAPITULO III
DISEÑO METODOLÓGICO.

3. CAPITULO III. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE ESTUDIO

En el presente trabajo de investigación según el tiempo de ocurrencia de los hechos es **retrospectivo** pues se indagó sobre hechos ocurridos en el pasado. Según su periodo y secuencia es **transversal**; ya que, se enfocó en estudiar las variables de forma simultánea en un determinado momento. Según su análisis y alcance se planteó como estudio descriptivo debido a que se observó y a su vez se describió la variable sin influir de ninguna manera sobre ella, además es prevalente debido a que la población en estudio presenta una característica específica en un momento determinado.

3.2. UNIVERSO Y POBLACION

3.2.1 UNIVERSO

Mujeres embarazadas de los municipios Jucuapa, Usulután, Moncagua, La Trinidad, Chapeltique San Miguel.

3.2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población y muestra a estudio está representada por todas las mujeres embarazadas que acudieron tardíamente a su inscripción prenatal en las unidades comunitarias de salud familiar Jucuapa, Usulután, Moncagua, y Equipo comunitario de salud familiar La Trinidad, Chapeltique San Miguel, durante año 2018.

Cuadro N°1 población y muestra de las unidades de Salud en estudio.

UNIDAD/POBLACIÓN	Población total que consulta	Total, de Embarazadas inscritas	Total, de embarazadas inscritas mayores de 12 semanas
UCSFI Jucuapa	20,528	205	51
UCSFI Moncagua	15,832	129	25
ECO "La Trinidad"	2,174	14	10
Total	38,534	338	86

* Datos obtenidos de Plan Operativo Anual (POA), de enero a junio de 2018.

3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Todas las mujeres que consultaron en las unidades estudiadas y que por criterios clínicos y de laboratorio se encontraban embarazadas durante el periodo de investigación.
- Embarazadas que consultaron tardíamente (mayor de las 12 semanas de gestación) a su primer control prenatal.

3.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Toda mujer en edad reproductiva con vida sexual activa sin datos clínicos o de laboratorio de embarazo que consultaron en las unidades investigadas durante el estudio.
- Toda mujer que clínicamente y por laboratorio se encontraba embarazada y que consulto tempranamente (menor de las 12 semanas de gestación) a su primer control prenatal en las Unidades de Salud en estudio.

- Mujeres embarazadas que consultaron en las unidades estudiadas durante la investigación y habían iniciado su control prenatal de forma temprana en otro establecimiento (ISSS, Hospital Militar, BM).

3.5. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

La recolección de datos se realizó en base a una encuesta dirigida a las mujeres embarazadas que consultaron en las unidades estudiadas para su inscripción prenatal según los criterios establecidos; en la, cual se obtuvieron datos sobre los conocimientos actitudes y prácticas relacionadas con la inscripción tardía de su control prenatal.

3.6. INSTRUMENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Para poder determinar los conocimientos actitudes y prácticas de las embarazadas que se inscribieron tardíamente a su control prenatal, el instrumento que se utilizó fue el cuestionario, el cual consistió en una serie de 20 preguntas cerradas, a las pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y que acudieron a los establecimientos mencionados a gestantes que acudieron tardíamente durante la investigación a realizar su primer control prenatal (Anexo N°2).

3.7 PROCEDIMIENTO

3.7.1. PLANIFICACIÓN

La investigación inició a partir de reuniones metodológicas programadas por el docente coordinador de los procesos académicos quien asignó un docente asesor, con quien el grupo se reunió para elaborar el protocolo; el que posteriormente fue revisado, corregido y aprobado por el coordinador de tesis.

3.7.2. EJECUCIÓN

La ejecución de la investigación se realizó de la siguiente manera:

I. Validación del instrumento

El instrumento que se utilizó para determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres embarazadas que cumplen con los criterios de inclusión fue evaluado y corregido con el medico asesor asignado por el coordinador del proceso académico, quien aprobó el instrumento; posterior a lo cual, se realizó una prueba piloto a 10 embarazadas que no formarían parte del estudio, con el fin de verificar posible dificultades en la aplicación del mismo previo al desarrollo de la investigación.

II. Recolección de datos

La recolección de datos se hizo a través del instrumento elaborado por el grupo investigador, el medico asesor y docente coordinador mediante el uso de la encuesta dirigida a mujeres embarazada que se inscribieron tardíamente a su control prenatal en las unidades de salud en estudio.

3.8. PLAN DE ANÁLISIS

Los resultados obtenidos del estudio se tabularon y graficaron mediante el uso del programa Microsoft Excel, se utilizaron gráficas de pastel para presentar los datos, y se realizó el análisis e interpretación de datos obtenidos a partir de las encuestas realizadas a las pacientes embarazadas que iniciaron tardíamente su control prenatal que asistieron en las unidades en estudio, con las que se obtuvieron los resultados que permitieron realizar las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

CAPITULO IV:
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

4. CAPITULO IV: PRESENTACION DE RESULTADOS.

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos a través de la técnica de la encuesta, conformada por veinte preguntas, dirigidas a todas las mujeres embarazadas que iniciaron tardíamente su control prenatal en las unidades de salud estudiadas.

En primer lugar, se realizó la recopilación de los datos en cada una de las unidades de salud en estudio. Por lo tanto, se procedió a representar de manera general, en forma gráfica y computarizada, el análisis porcentual de los resultados obtenidos; para ello se emplearon diagramas circulares y la técnica que se utilizó, se basó en el cálculo porcentual de cada ítem.

En lo que respecta a los cálculos matemáticos, se utilizó una distribución de frecuencias; en la cual, se agruparon las categorías según las puntuaciones ordenadas con relación a las respectivas respuestas para cada pregunta del instrumento. Posteriormente, se tabularon y graficaron los resultados de acuerdo con las frecuencias.

4.1. TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

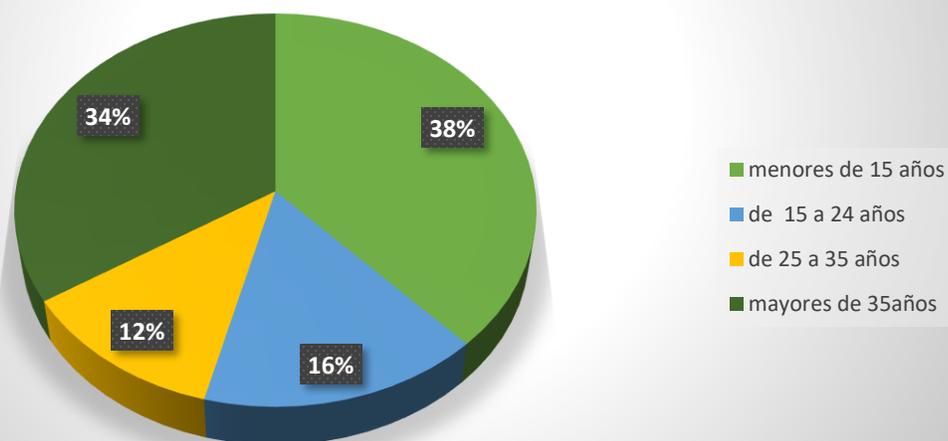
A continuación, se presentan las gráficas con su respectivo análisis e interpretación de los resultados.

Tabla 1. Edades de las mujeres embarazadas que inician tardíamente su control prenatal en la Unidades Comunitarias de Salud Familiar Jucuapa, Moncagua y Equipo Comunitario de Salud Familiar “La Trinidad”.

EDADES	POBLACION	PORCENTAJE
Menor de 15 años	33	38%
De 15 a 24 años	13	16%
De 25 a 35 años	10	12%
Mayores de 35 años	30	34%
total	86	100%

Fuente. Resultados de la encuesta dirigida a la población en estudio.

Grafica 1. Edades de mujeres embarazadas que inician tardíamente su control prenatal en Unidades Comunitarias de Salud Familiar en estudio



Fuente. Tabla 1

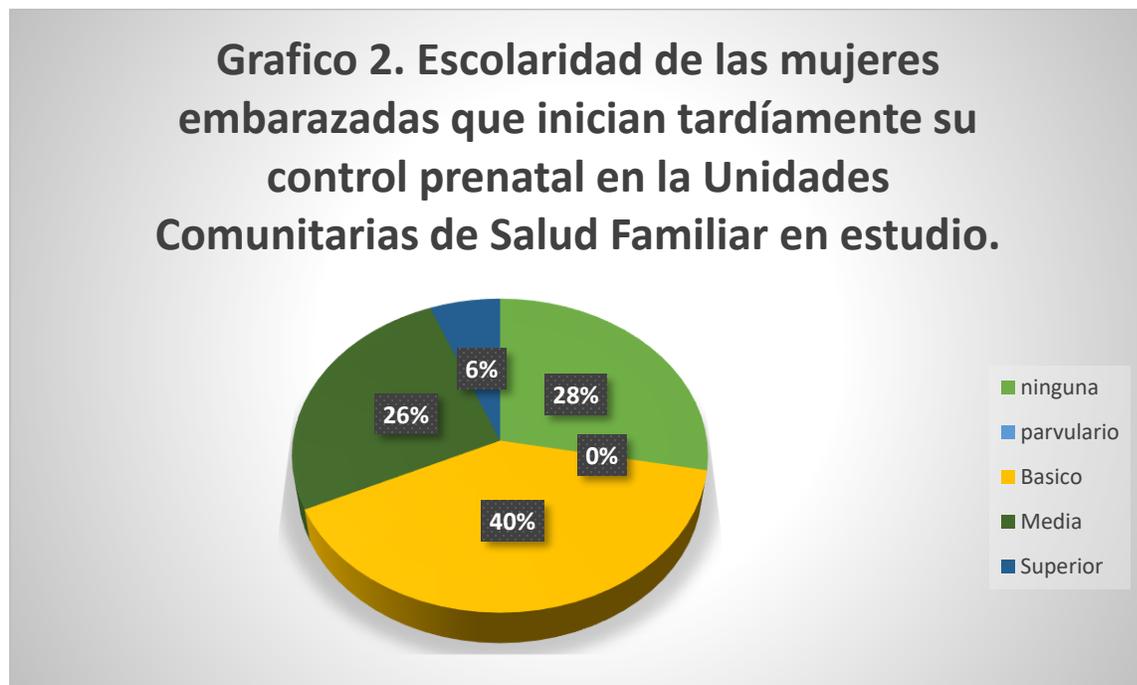
Análisis e interpretación.

De una muestra de 86 embarazadas, un 38% presenta una edad menor de 15 años, un 34% la edad es mayor de 35 años, un 16% la edad varia de 15 a 24 años, y finalmente un 12% la edad es de 25 a 35 años. Por lo anterior se puede interpretar que existe un porcentaje elevado de madres adolescentes menores de 15 años; y se considera un problema marcado en salud pública, además se asocia a consecuencias negativas de corto y largo plazo para las adolescentes y sus hijos en cuanto a estado de salud, formación de uniones estables, oportunidades en el mercado laboral, que llevan a perpetuar condiciones de pobreza y desigualdad. Es cada vez más frecuente que las mujeres se conviertan en madres después de los 35 años, una edad en la cual se ha alcanzado cierta estabilidad laboral y socioeconómica que les anima a vivir la experiencia de la maternidad; así mismo el embarazo en mujeres de 35 años se asocia a un aumento del riesgo de presentar una serie de patologías propias de la gestación y una mayor frecuencia de patologías maternas crónicas, que traen como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal.

Tabla 2. Escolaridad de las mujeres embarazadas que inician tardíamente su control prenatal en la Unidades Comunitarias de Salud Familiar Jucuapa, Moncagua y Equipo Comunitario de Salud Familiar “La Trinidad”.

ESCOLARIDAD	POBLACION	PORCENTAJE
ninguna	24	28%
parvulario	0	0%
básica	35	40%
Media	22	26%
Superior	5	6%
total	86	100%

Fuente. Resultados de la encuesta dirigida a la población en estudio.



Fuente. Tabla 2

Análisis e interpretación.

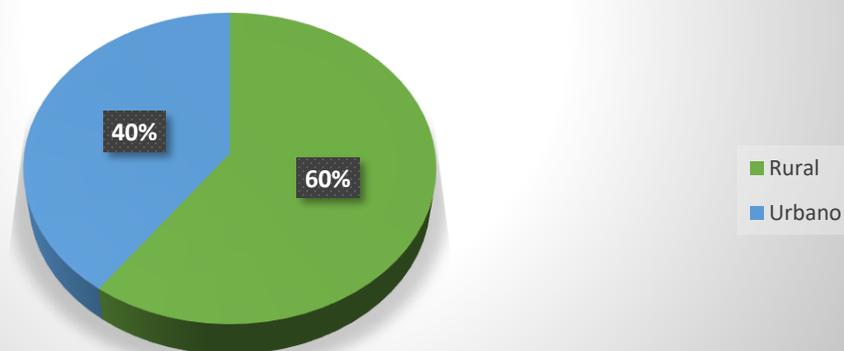
Se puede observar que en una población de 86 mujeres embarazadas un 40% tiene una escolaridad Básica, 28% no posee ningún grado de escolaridad, mientras que un 26% tiene una educación de nivel medio, además un 6% posee un nivel superior, es decir, universitario. Por lo que se puede inferir que la falta de educación es algo que está relacionado directamente con la pobreza y con los embarazos adolescentes. El embarazo complica su estado físico y emocional lo que implica modificar su proyecto y estilo de vida y puede mermar de manera importante que continúe otro nivel educativo. Las razones por las que las mujeres dejan la escuela son muy complejas y relacionadas con problemas de pobreza que existen en todo el mundo. A veces estas mujeres tienen que trabajar. Sin embargo, a menudo solo es algo cultural. Por otra parte, hay una considerable cifra de mujeres que no tiene ningún grado de estudio; es importante considerar que el grado de educación permite tener conocimientos básicos de educación en salud y de esta forma tomar conciencia de los riesgos de no buscar una inscripción prenatal temprana.

Tabla 3. Ubicación geográfica donde residen las mujeres embarazadas que inician tardíamente su control prenatal en la Unidades Comunitarias de Salud Familiar Jucuapa, Moncagua y Equipo Comunitario de Salud Familiar “La Trinidad”.

ÁREA	POBLACION	PORCENTAJE
Rural	52	60%
Urbano	34	40%
total	86	100%

Fuente. Resultados de la encuesta dirigida a la población en estudio.

Grafico 3. Ubicación geográfica donde residen las mujeres embarazadas que inician tardíamente su control prenatal en la Unidades Comunitarias de Salud Familiar en estudio.



Fuente. Tabla 3

Análisis e interpretación.

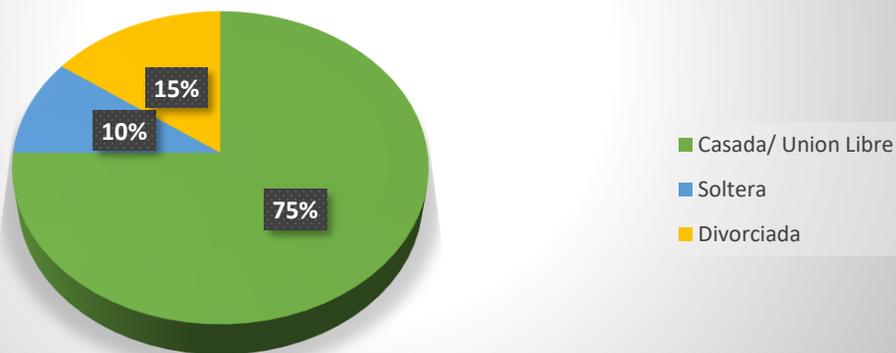
Se puede evidenciar que en una población total de 86 embarazadas encuestadas que inician tardíamente su control prenatal en su mayoría con un 60% reside en el área rural, mientras que un 40% reside en el área urbana. Por lo que se puede inferir que las áreas rurales tienen poblaciones dispersas en extensos territorios a las que se les dificulta, por la lejanía, el acceso a los servicios de salud; pero también se puede considerar un problema cultural, siendo este el referente que se interrelaciona entre el entorno económico y social; a eso se suma la falta de aplicación de los protocolos de salud. Esta falta de acceso las convierte en una población propensa a presentar más complicaciones durante el parto debido a que no asisten a su inscripción temprana del control prenatal. Por otro lado, por la inaccesibilidad geográfica por los lugares en los que residen están expuestas a los altos índices de delincuencia, lo que también influye en asistir a sus controles.

Tabla 4. Estado Civil de las mujeres embarazadas que inician tardíamente su control prenatal en la Unidades Comunitarias de Salud Familiar Jucuapa, Moncagua y Equipo Comunitario de Salud Familiar “La Trinidad”.

ESTADO CIVIL	POBLACION	PORCENTAJE
Casada/ Unión Libre	65	75%
Soltera	9	10%
Divorciada	12	15%
Total	86	100%

Fuente. Resultados de la encuesta dirigida a la población en estudio.

Grafico 4. Estado Civil de las mujeres embarazadas que inician tardíamente su control prenatal en la Unidades Comunitarias de Salud Familiar en estudio.



Fuente. Tabla 4

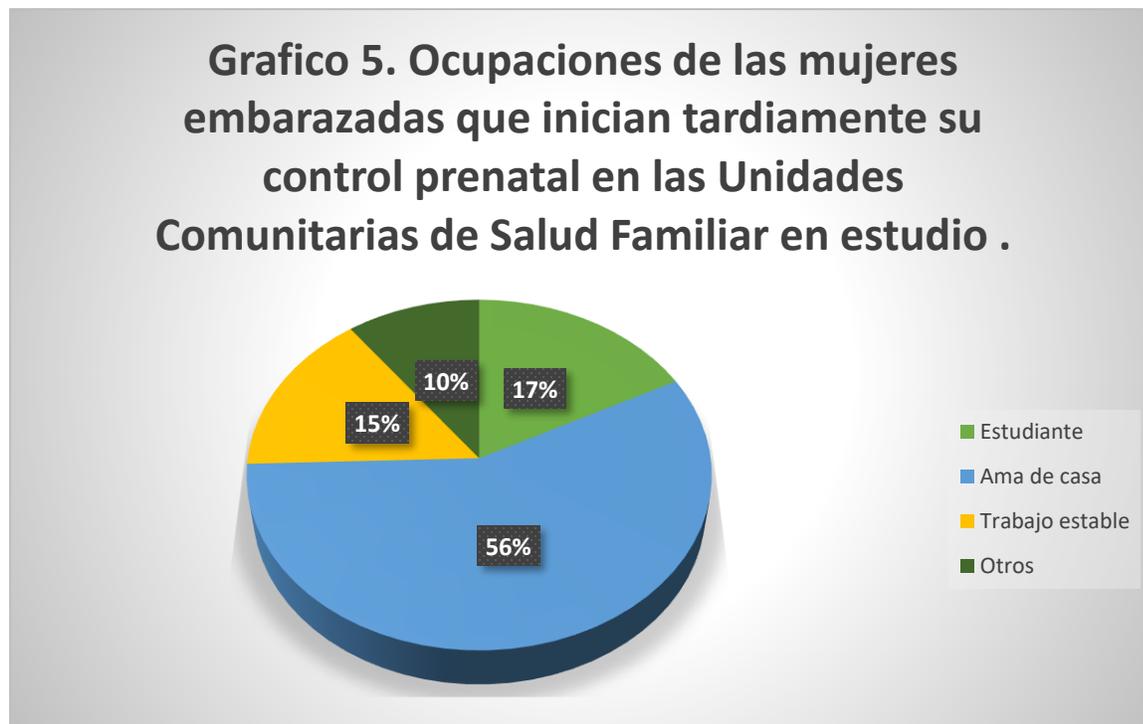
Análisis e interpretación.

Con una población de un 86% de mujeres embarazadas que inician tardíamente su control prenatal un 75% se encuentra casada o mantiene una relación libre, seguida de un 15% las cuales se encuentran divorciadas de su pareja, en tanto que un 10% son solteras. Lo cual indica que la mayoría de las gestantes se encuentran en unión libre y es culturalmente aceptada, igualmente el tener pareja estable puede considerarse como factor protector, similar apreciación ocurre con las gestantes casadas; el apoyo de una pareja es una parte primordial durante el embarazo y el cuidado del mismo. El ser soltera se encuentra entre los factores de riesgo, especialmente por falta de apoyo psicosocial, es decir, el apoyo familiar es determinante para aumentar la probabilidad de tener un control adecuado. Numerosas investigaciones coinciden en que las actitudes y sentimientos de la madre, en la etapa prenatal, influyen en la personalidad del niño en su vida futura. Por esta razón es muy importante el apoyo emocional que brinde la pareja a la futura madre. Se recomienda que todas las madres, con o sin pareja, aprendan a controlar las emociones negativas y las transformen en positivas por bienestar de su bebé, además se sugiere buscar un apoyo emocional que puede ser un familiar o una persona cercana.

Tabla 5. Ocupaciones de las mujeres embarazadas que inician tardíamente su control prenatal en la Unidades Comunitarias de Salud Familiar Jucuapa, Moncagua y Equipo Comunitario de Salud Familiar “La Trinidad”.

OCUPACION	POBLACION	PORCENTAJE
Estudiante	15	17%
Ama de casa	48	56%
Trabajo estable	13	15%
Otros	10	12%
Total	86	100%

Fuente. Resultados de la encuesta dirigida a la población en estudio.



Fuente. Tabla 5.

Análisis e interpretación.

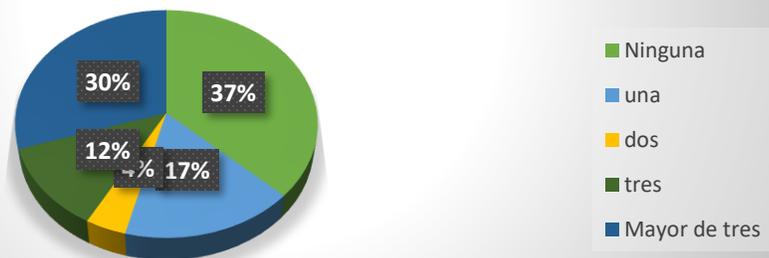
Se observa que en un total de 86 mujeres encuestadas en su mayoría con un 56% es ama de casa mientras que un 17% es estudiante, un 15% de estas personas poseen un trabajo estable y solamente un 10% entre otros. Por lo que se puede interpretar que muchas mujeres dejan la escuela para trabajar cuando son muy jóvenes. La mayoría de las madres adolescentes habían dejado la escuela antes de quedar embarazadas. Una madre adolescente se ve obligada a asumir responsabilidades que la presionan a entrar en el mercado laboral y abandonar sus estudios, especialmente si cuenta con pocos recursos económicos. Asimismo, muchas mujeres embarazadas trabajan dependientemente y no suelen conseguir el permiso para asistir a la cita establecida en el Centro de Salud, y a veces optan por acudir tardíamente o incluso no asistir a la atención prenatal. Es una realidad que la mayor parte de las embarazadas no posee una ocupación que genere un ingreso económico al hogar; pues en la mayoría de los casos tienen un número elevado de hijos/as; unido a esto, carecen de quien cuide de ellos/as, lo que hace difícil el asistir a sus controles prenatales de forma adecuada.

Tabla 6. Gestaciones previas de las mujeres embarazadas que inician tardíamente su control prenatal en la Unidades Comunitarias de Salud Familiar Jucuapa, Moncagua y Equipo Comunitario de Salud Familiar “La Trinidad”.

NUMERO DE GESTACIONES	POBLACION	PORCENTAJE
ninguna	32	37%
una	15	17%
dos	4	4%
tres	10	12%
Mayor de tres	25	30%
total	86	100%

Fuente. Resultados de la encuesta dirigida a la población en estudio.

Grafica 6. Gestaciones previas de las mujeres embarazadas que inician tardíamente su control prenatal en la Unidades Comunitarias de Salud...



Fuente. Tabla 6

Análisis e interpretación.

De 86 mujeres embarazadas podemos apreciar que un 37% es nuligesta, mientras que un 30% ha tenido más de tres gestaciones previas, un 17% solo ha presentado un embarazo previo; un 12% ha presentado un total de tres, y solamente un 4% ha presentado dos gestaciones previas al embarazo actual. Lo cual indica que para las gestantes que no tienen hijos la gestación es un proceso desconocido y requiere apoyo familiar y del servicio de salud para iniciar el control prenatal y garantizar la adherencia al programa. Además, la condición de ser multigesta es un factor de menos acceso a la atención prenatal. Muchas veces las gestantes multíparas, por su experiencia, manifiestan que iniciar tempranamente la atención prenatal no es necesario e incluso la propia asistencia en todo el embarazo no es importante, de la misma manera ocurre cuando el embarazo no es planificado, la gestante y la pareja se niegan a aceptar el embarazo de tal manera que toman muy poca importancia de la atención prenatal incluso consideran que es innecesaria.

Tabla 7. ¿Sabe usted cuál de los siguientes signos indican la posibilidad de que esté embarazada?

SIGNOS DE EMBARAZO	POBLACIÓN	PORCENTAJE
Falta de la regla	75	87%
cambios en los pechos y en la piel	2	3%
No tengo idea	9	10%
Total	86	100%

Fuente. Resultados de la encuesta dirigida a la población en estudio.



Fuente. Tabla 7

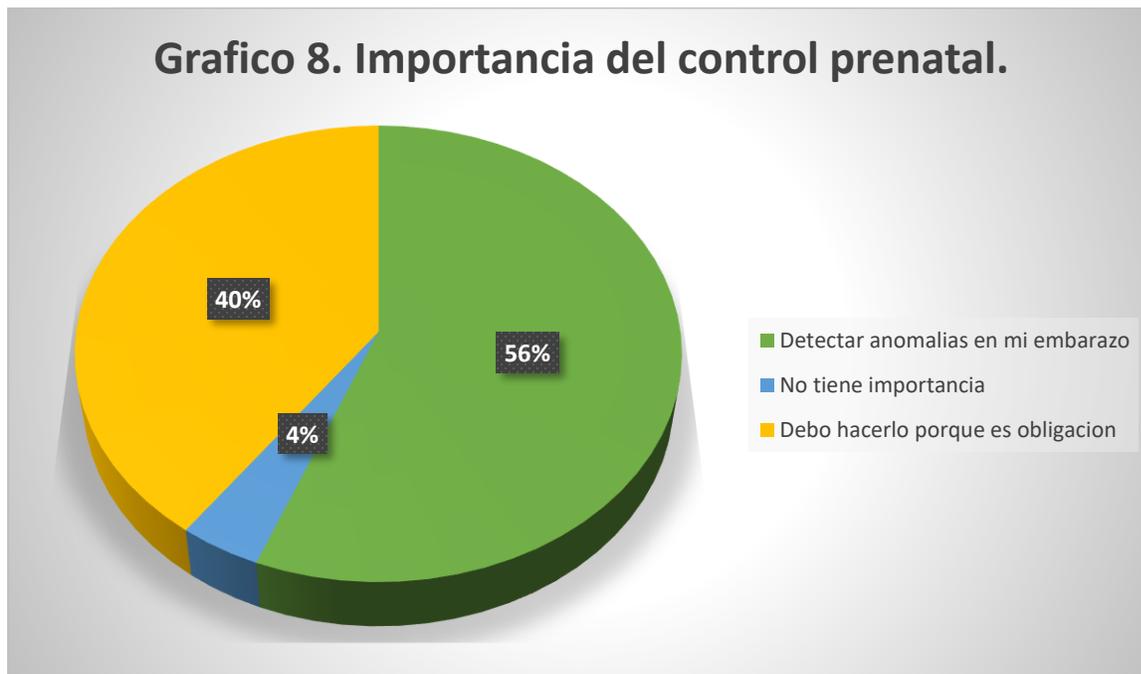
Análisis e interpretación.

Se puede observar que un 87% de la población encuestada refiere que un signo de certeza de un embarazo es la falta de menstruación, mientras que un 10% no tiene conocimiento de signos que indiquen que pueda estar embarazada, y un 3% afirman que hay presencia de cambios en los pechos y en la piel. Por lo anterior se puede interpretar que el diagnóstico de embarazo es fácil, por la cantidad de métodos precisos que existen para hacer un diagnóstico precoz, en ocasiones, pasa desapercibido porque algunas mujeres pueden tener alteraciones menstruales y estar embarazadas a pesar de tener sangrado genital. La prueba más precoz y certera de embarazo es la ecografía. Desde el momento de la concepción y, especialmente, tras la implantación del óvulo en el útero (aproximadamente una semana después de ser fecundado), comienzan a producirse cambios en el organismo de la futura mamá. En la mayoría de los casos, y ya desde los primeros días, la mujer percibe síntomas que antes no tenía y que le hacen sospechar la posibilidad de un embarazo. Otras mujeres, sin embargo, no notan nada, o las sensaciones son tan similares a las del síndrome premenstrual que solo descubren que están embarazadas cuando la menstruación no aparece.

Tabla 8. ¿Cuál es la importancia del control prenatal?

IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL	POBLACIÓN	PORCENTAJE
Detectar anomalías en mi embarazo	47	56%
No tiene ninguna importancia	3	4%
Debo hacerlo porque es obligación	36	40%
Total	86	100%

Fuente. Resultados de la encuesta dirigida a la población en estudio.



Fuente. Tabla 8

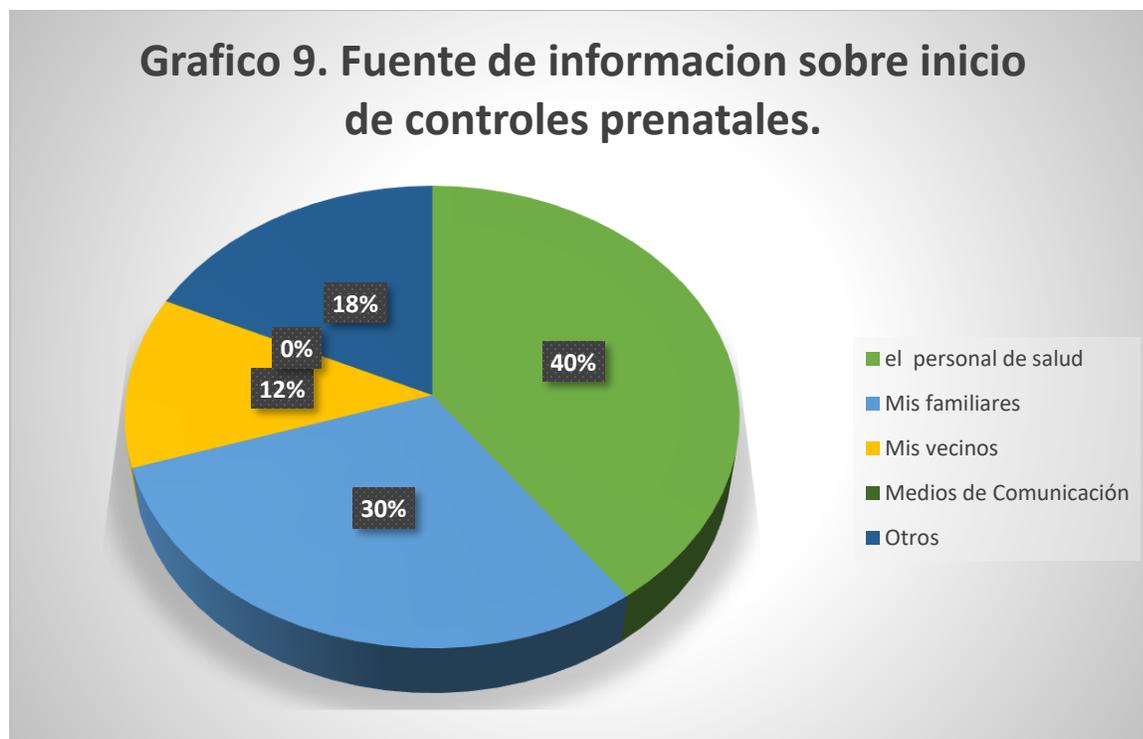
Análisis e interpretación.

Se observa que de un total de 86 mujeres embarazadas encuestadas en su mayoría un 56% afirma que el control prenatal es importante porque permite detectar anomalías en el embarazo, mientras que un 40% afirma que es meramente una obligación, y en su minoría con un 4% afirma que este servicio no tiene ninguna importancia. Lo que indica que el control prenatal en una mayoría de usuarias se conoce que es importante tanto para la madre como para su hijo, ya que con este se puede verificar el estado de salud, el desarrollo y bienestar del feto, lo que permitirá llevarlo a feliz término y sin complicaciones. La atención prenatal temprana y regular es importante tanto para la salud de las madres como para la de sus recién nacidos, por lo tanto, se determina que, si existe conocimiento sobre su importancia, pero hay que insistir en afianzar ese conocimiento en las mismas. En la atención prenatal se debe asegurar la pronta detección y el tratamiento adecuado de posibles complicaciones del embarazo y prevenirlas cuando sea posible. Aunque muchas mujeres embarazadas desconocen la importancia de la atención prenatal y asisten al establecimiento de salud muchas veces por cumplir u obligación, sin considerar que con la atención prenatal se puede prevenir muchas complicaciones durante el embarazo. También es lamentable que aun existan embarazadas que viven y actúan influenciadas por costumbres y creencias culturales; donde prefieren hacer ser atendidas por parteras.

Tabla 9. ¿Cuál fue su principal fuente por la cual supo que debía iniciar un control prenatal?

FUENTE DE INFORMACIÓN	POBLACIÓN	PORCENTAJE
El personal de salud	35	40%
Mis familiares	25	30%
Mis vecinos	11	12%
Medios de comunicación	0	0%
Otros	15	18%
Total	86	100%

Fuente. Resultados de la encuesta dirigida a la población en estudio.



Fuente. Tabla 9

Análisis e interpretación.

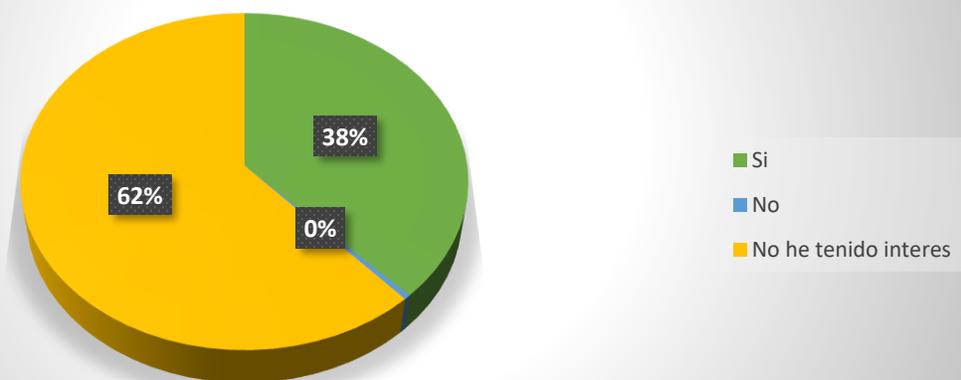
En su mayoría con un 40% afirman que la principal fuente por la que se informaron para iniciar su control prenatal fue a través del personal de salud, seguido de un 30% que conocieron a través de sus familiares, mientras que un 18% se informaron por otros medios, un tanto con el 12% conocieron a través de sus vecinos. Por lo que se puede inferir que el control prenatal es eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura deber ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor y la promoción de este. Es decir que las mujeres embarazadas tienen información acerca de el cuidado del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuyendo sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como perinatal; propiciando además una adecuada atención del parto.

Tabla 10. ¿Ha recibido alguna información acerca de la importancia de iniciar tempranamente sus controles prenatales una vez confirmado el embarazo por parte de los trabajadores de salud?

INFORMACIÓN POR LOS TRABAJADORES DE SALUD.	POBLACIÓN	PORCENTAJE
Sí	74	86%
No	1	1%
No he tenido interés	11	13%
Total	86	100%

Fuente. Resultados de la encuesta dirigida a la población en estudio.

Grafico 10. Información de los trabajadores de salud.



Fuente. Tabla 10

Análisis e interpretación.

Se puede apreciar que en un total de 86 embarazadas encuestadas, un 86% que representa la mayoría si recibió información sobre iniciar sus controles prenatales de forma temprana por parte de los trabajadores de salud, por otra parte, un 13% afirma no haber tenido ningún interés en este tipo de información proporcionada por los trabajadores de salud y un 1% que representa la minoría, afirma no haber recibido ningún tipo de información relacionada al tema de estudio. Por lo que se puede inferir que la atención prenatal es una oportunidad de comunicación directa con la gestante y su pareja o acompañante para ofrecerle la información y orientación que promueva la construcción conjunta de conocimientos, la aceptación y práctica de conductas saludables y la toma de decisiones responsables y oportunas en el proceso del embarazo. Las mujeres embarazadas se encuentran permanentemente bombardeadas por una gran cantidad de información; cada individuo responde a ella de acuerdo a sus propias percepciones, pudiendo seleccionar lo que le interesa e ignorar lo que no desea ver u oír; esta interpretación dependerá de la correspondencia existente entre el bagaje de conocimientos, experiencias, creencias y valores del individuo y la forma en que se ha generado el mensaje.

Tabla 11. En su opinión el control prenatal se debe realizar en forma temprana

RESPUESTAS	POBLACIÓN	PORCENTAJE
Si	80	93%
No	6	7%
Total	86	100%

Fuente. Resultados de la encuesta dirigida a la población en estudio.



Fuente. Tabla 11

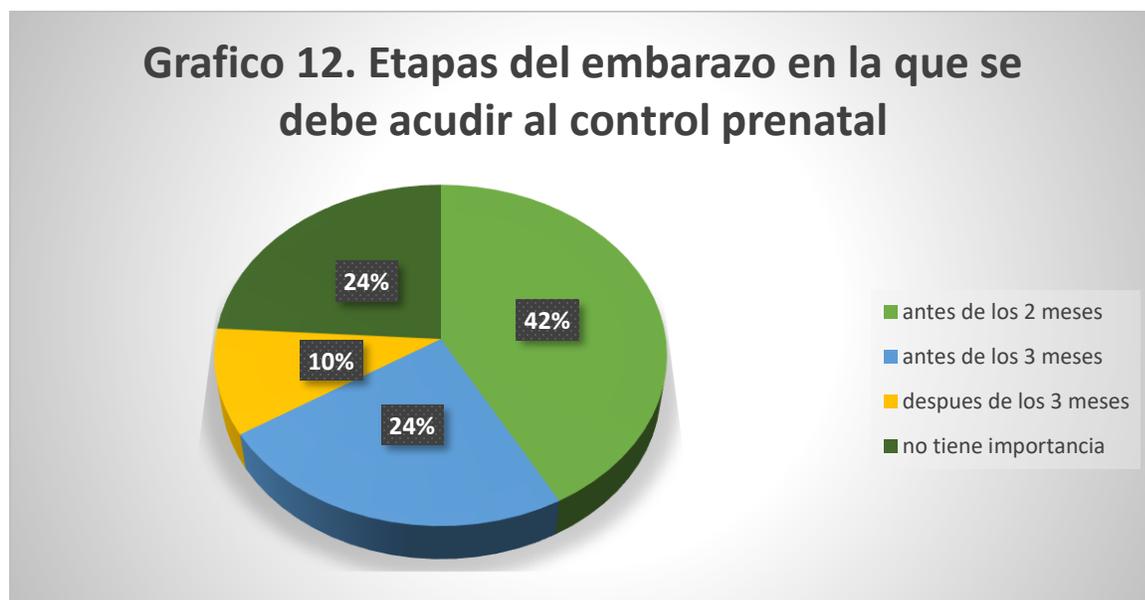
Análisis e interpretación.

Un 93% que representa la mayoría de la población encuestada afirma que, si es importante realizar de forma temprana el control prenatal, mientras un 7% que representa la minoría niega que el control prenatal se deba realizar de forma temprana. Por lo que se puede inferir que existe conocimiento sobre el control prenatal mas no teniendo en claro cuál es el objetivo principal del mismo. El cual es la reducción de la mortalidad siempre y cuando sea temprano, continuo, completo y extenso de cobertura además de fomentarse hábitos de vida saludable. Además, se mejora la calidad de la atención al conocer el estado de salud de la gestante con anticipación y así mejora la calidad de vida para el binomio madre-hijo, aún en madres adolescentes a quienes se logra referir para apoyo psicológico y terapia familiar. Por otro lado, la falta de oportunidad y continuidad de la atención prenatal conlleva a partos distócicos que culminan en cesáreas y aumentan los costos de la atención del parto y del recién nacido de ahí la importancia de que las acciones que se realicen en el control prenatal sean congruentes con las necesidades de la población y además que sean previamente planificadas por los y las profesionales de salud.

Tabla 12. ¿En qué etapa de su embarazo debe acudir para iniciar su control prenatal?

ETAPAS DEL EMBARAZO	POBLACIÓN	PORCENTAJE
Antes de los 2 meses	35	42%
Antes de los 3 meses	21	24%
Después de los 3 meses	9	10%
No tiene importancia.	21	24%
Total	86	100%

Fuente. Resultados de la encuesta dirigida a la población en estudio.



Fuente. Tabla 12

Análisis e interpretación.

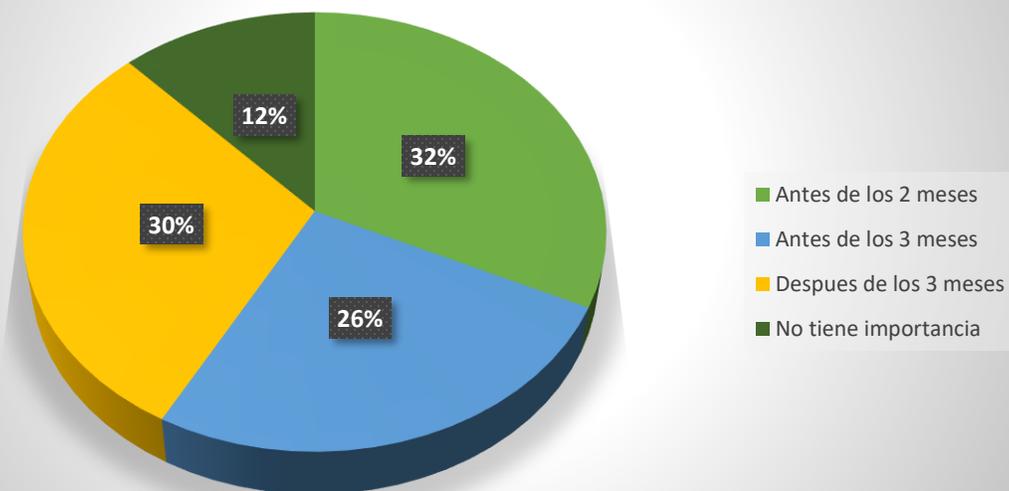
Se evidencia con un 42% que la población en estudio afirma que el control prenatal se debe iniciar antes de los 2 meses mientras que con un 24% afirma que se debe realizar antes de los 3 meses y con un igual porcentaje, 24% opina que no tiene ninguna importancia iniciarlo, un 10% representando a la minoría afirma que este debe iniciar después de los 3 meses. Esto sugiere que la mayoría de las usuarias conocen que el primer paso que debe seguir una mujer para comenzar su embarazo, de forma saludable y segura, es hacer su control prenatal, una vez conozca su estado. La primera visita debe realizarse 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 prenatal. Además, torna factible la identificación precoz de embarazos con alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir y el lugar en el que esta ha de realizarse. Aunque aún es preocupante el porcentaje de embarazadas que a pesar de poseer un conocimiento básico acerca del control prenatal, lo consideran no importante.

Tabla 13. ¿En qué etapa de su embarazo acudió a su control prenatal?

ETAPAS DEL EMBARAZO	POBLACIÓN	PORCENTAJE
Antes de los 2 meses	27	32%
Antes de los 3 meses	23	26%
Después de los 3 meses	26	30%
No tiene importancia.	10	12%
Total	86	100%

Fuente. Resultados de la encuesta dirigida a la población en estudio.

Grafico 13. Etapa a la que acudio al control prenatal.



Fuente. Tabla 13

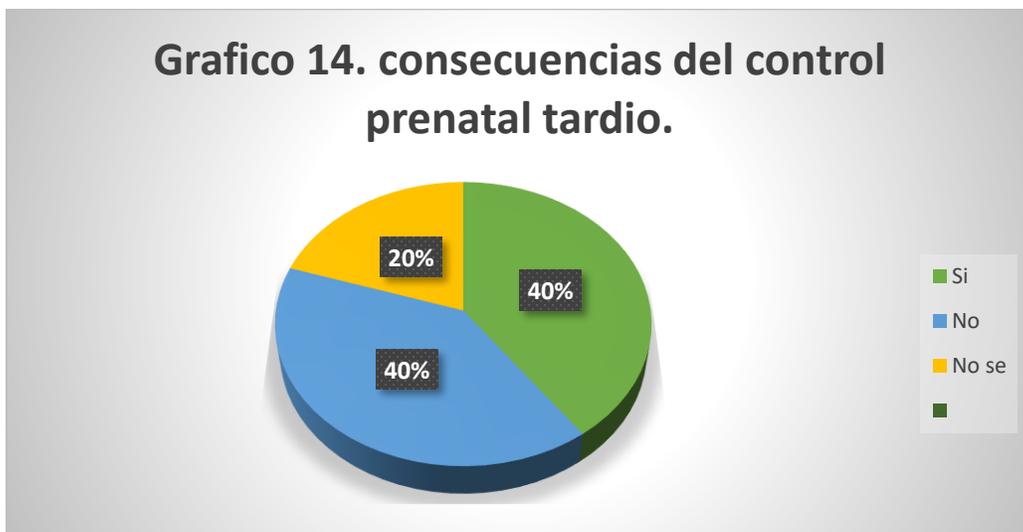
Análisis e interpretación.

Un 32% representando a la mayoría de embarazadas en estudio, inicio sus controles prenatales antes de los 2 meses, mientras que un 30% inicio sus controles prenatales después de los 3 meses, un 26% los inicio antes de los 3 meses y restando con 12% afirmando que no tiene ninguna importancia inscribirse al control prenatal. Por lo anterior se puede interpretar que el inicio tardío de la atención prenatal es frecuente y aparentemente se debe a varios factores tales como los factores socioeconómicos dentro de ello se considera (estado civil, ocupación, si la gestante recibe algún apoyo económico) factores personales (conocimiento de la importancia de la atención prenatal, actitud de la pareja frente al embarazo), factores obstétricos (número de gestas, si el embarazo fue planificado o no). Lo ideal es que el primer control se realice precozmente en el primer trimestre. Se identifican barreras y facilitadores para acceder al primer control y para mantener la asistencia. Las barreras se relacionan con temor y vergüenza a buscar atención médica, costo de los servicios, no saber a dónde acudir, ausencia de privacidad, maltrato y barreras administrativas. Además, se observa que la inscripción prenatal tardía prevalece en un grupo de embarazadas que corrieron el riesgo, que durante esas semanas sin revisión médica pueden haber tenido patologías durante su embarazo. Es de considerar que a pesar de que un número elevado de mujeres embarazadas, manifiestan que acudieron al control prenatal antes de los 2 meses, se consideraron como inscripciones tardías al ser mayor a 12 semanas; esto puede ser porque algunas mujeres desconocen el tiempo adecuado para realizar su inscripción prenatal.

Tabla 14. ¿Considera que el inicio tardío al control prenatal puede producir consecuencias en su embarazo?

CONSECUENCIAS DEL CONTROL PRENATAL TARDÍO	POBLACIÓN	PORCENTAJE
Sí	34	40%
No	35	40%
No se	17	20%
Total	86	100%

Fuente. Resultados de la encuesta dirigida a la población en estudio.



Fuente. Tabla 14

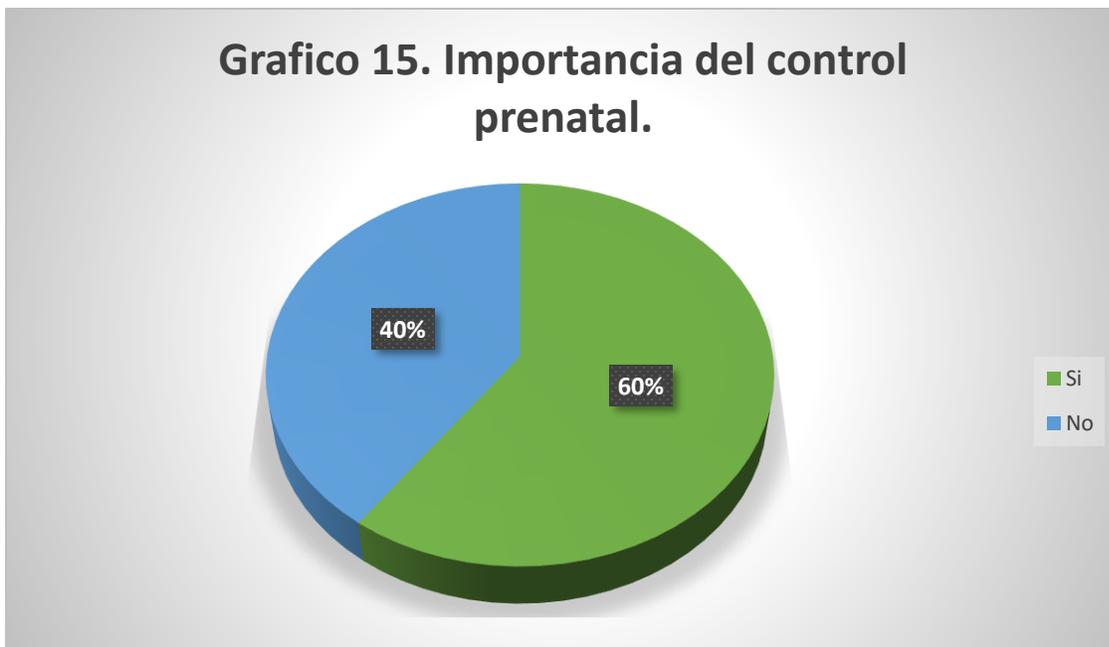
Análisis e interpretación.

Se puede demostrar que de un total de 86 mujeres embarazadas en estudio un 40% afirma que, si puede producirse consecuencias en el embarazo al iniciar tardíamente su control prenatal por otra parte, un 40% niega que pueden existir consecuencias al iniciar tardíamente el mismo, mientras que un 20% no sabe si tiene o no consecuencias para su embarazo. Por lo que se puede inferir que un porcentaje igual de mujeres embarazadas aún desconocen que el objetivo principal del control prenatal es la prevención de las complicaciones en el embarazo en base a un diagnóstico oportuno y una detección adecuada. La falta de control en los primeros meses de embarazo, una realidad alarmante, enuncia que la falta de dinero para movilizarse y realizarse los exámenes pertinentes, la ausencia de cobertura médica, desinformación, embarazo no deseado, o simplemente la falsa creencia de que esta etapa puede ser atravesada con el respaldo del entorno familiar y sin la presencia clave del médico. La ausencia de este tipo de controles en la primera etapa del embarazo impide detectar y tratar factores de riesgo como HIV, sífilis, hipertensión, diabetes, anemia y falta de ácido fólico, responsable de graves malformaciones fetales.

Tabla 15. ¿Considera importante iniciar tempranamente su control prenatal?

RESPUESTAS	POBLACIÓN	PORCENTAJE
Si es importante.	51	60%
No es importante	35	40%
Total	86	100%

Fuente. Resultados de la encuesta dirigida a la población en estudio.



Fuente. Tabla 15

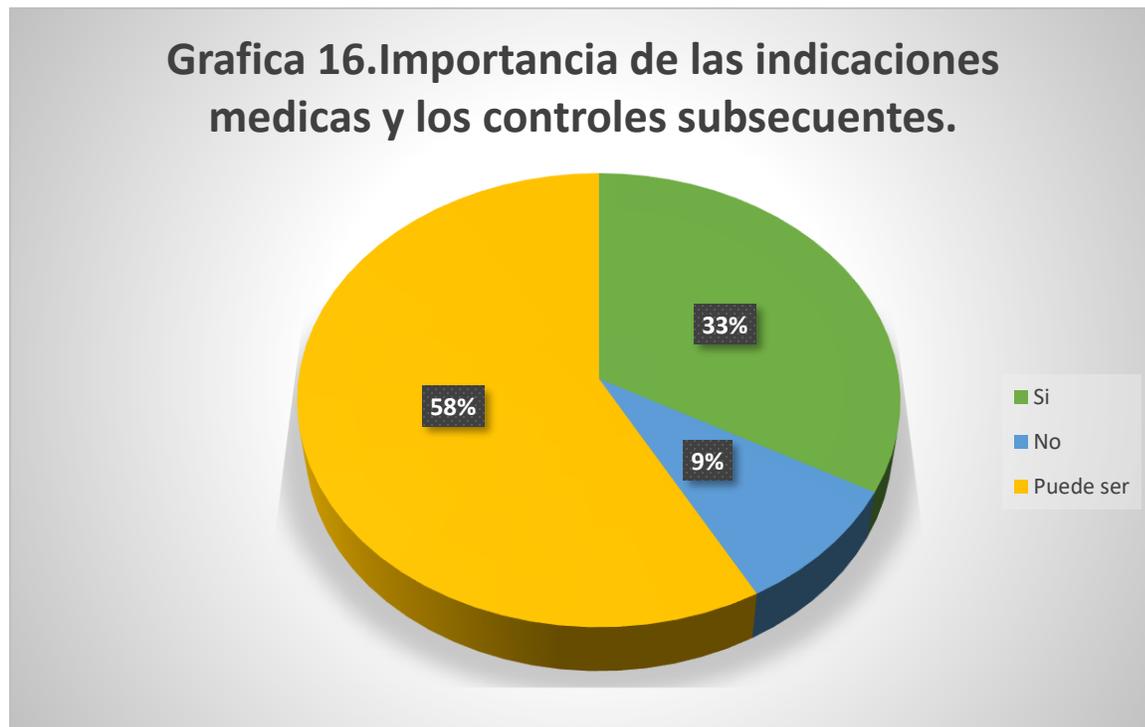
Análisis e interpretación.

Podemos apreciar que en su mayoría con un 60% de la población en estudio considera que, si es importante realizar el control prenatal de forma temprana, mientras que con un 40% representando a la minoría considera que no es importante realizar el control prenatal tempranamente. Esto sugiere que existe una proporción importante de gestantes que inician su atención prenatal en periodo tardío porque aún no tienen claro que las principales causas de mortalidad materna y perinatal son detectables y prevenibles mediante un control prenatal temprano, continuo, y de alta calidad. Un control prenatal (planificación y organización del parto y posparto) permite identificar factores de riesgos, lo cual hace posible establecer opciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo. En este programa se propone mejorar la calidad de vida de las madres gestantes, por medio de la concientización-sensibilización, para que asistan oportunamente de acuerdo a los estándares de cuidado establecidos por entes gubernamentales relacionados con los programas del control prenatal para reducir los casos de morbi-mortalidad materna que se relaciona a la ausencia de un gran número de usuarias al control prenatal.

Tabla 16. Una vez iniciado el control ¿considera importante asistir a los controles y realizarse los exámenes que el medico indica?

RESPUESTA	POBLACIÓN	PORCENTAJE
Sí	29	33%
No	8	9%
Puede ser	49	58%
Total	86	100%

Fuente. Resultados de la encuesta dirigida a la población en estudio.



Fuente. Tabla 16

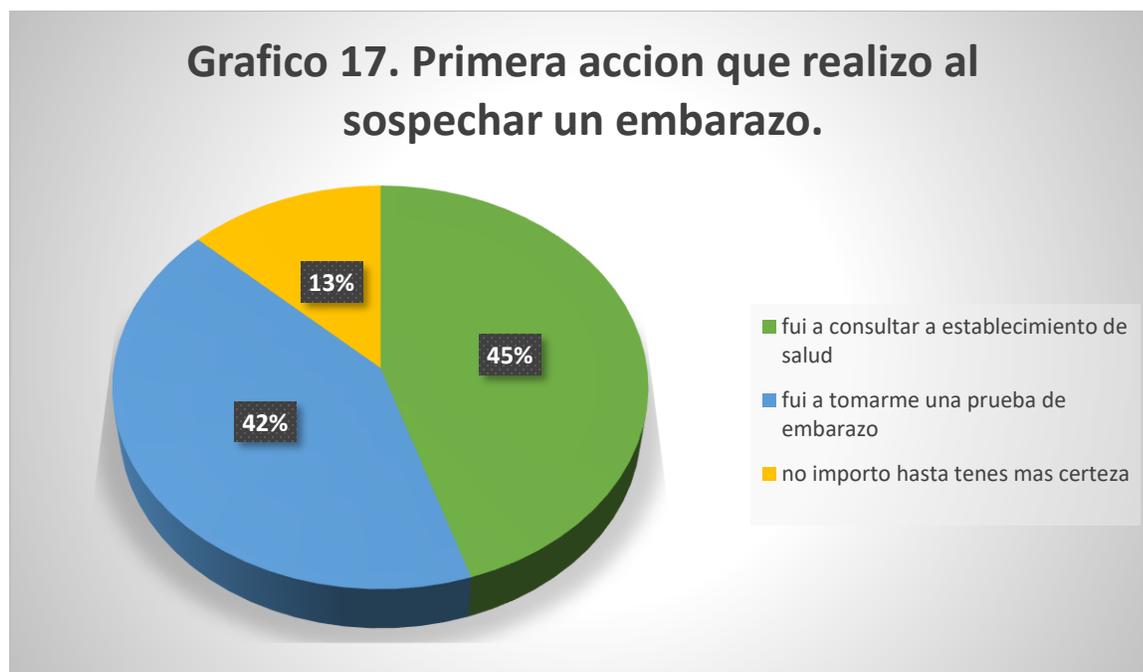
Análisis e interpretación.

El 58% de la población estudiada opina con un puede ser demostrando dudas al momento de asistir a los controles y realizarse los respectivos exámenes indicados, mientras que un 33% considera que, si es importante realizar lo antes citado, en tanto que un 9% considera que no lo es. Por lo anterior se refleja que existe una falta de interés y participación por parte de las usuarias para asistir oportunamente a sus controles de forma regular y al no realizarse, aumentan el riesgo de presentar complicaciones durante el embarazo. Así mismo el inicio tardío de la atención prenatal, pone en riesgo la salud materna y fetal, porque esto conlleva a que no se puedan prevenir las malformaciones congénitas ya que el primer trimestre constituye el momento preciso; y también resulta complicado identificar y dar tratamiento oportuno como por ejemplo a la anemia que en ocasiones son severas, a la infección del tracto urinario que muchas veces ocasiona el parto pretérmino y a la vez causando mayor frecuencia de mortalidad neonatal, y así podemos mencionar varias patologías que son prevenibles durante una adecuada atención prenatal; el control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, diferenciado acorde al riesgo, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar. Dotado con estas características y orientaciones es un fenómeno reciente y de gran desarrollo; aplicado de forma rutinaria y extensiva, juntamente con otras medidas, como la atención institucional del nacimiento, el empleo de criterios de riesgo para determinar referencia y niveles de asistencia y la atención inmediata de los recién nacidos, contribuye a evitar muertes, lesiones maternas y perinatales.

Tabla 17. ¿Qué acción llevo a cabo en primera instancia al sospechar que estaba embarazada?

RESPUESTAS	POBLACIÓN	PORCENTAJE
Fui a consultar a un establecimiento de salud	39	45%
Fui a tomarme una prueba de embarazo a un laboratorio particular	36	42%
No me importo hasta tener más certeza de mi posible embarazo.	11	13%
Total	86	100%

Fuente. Resultados de la encuesta dirigida a la población en estudio.



Fuente. Tabla 17

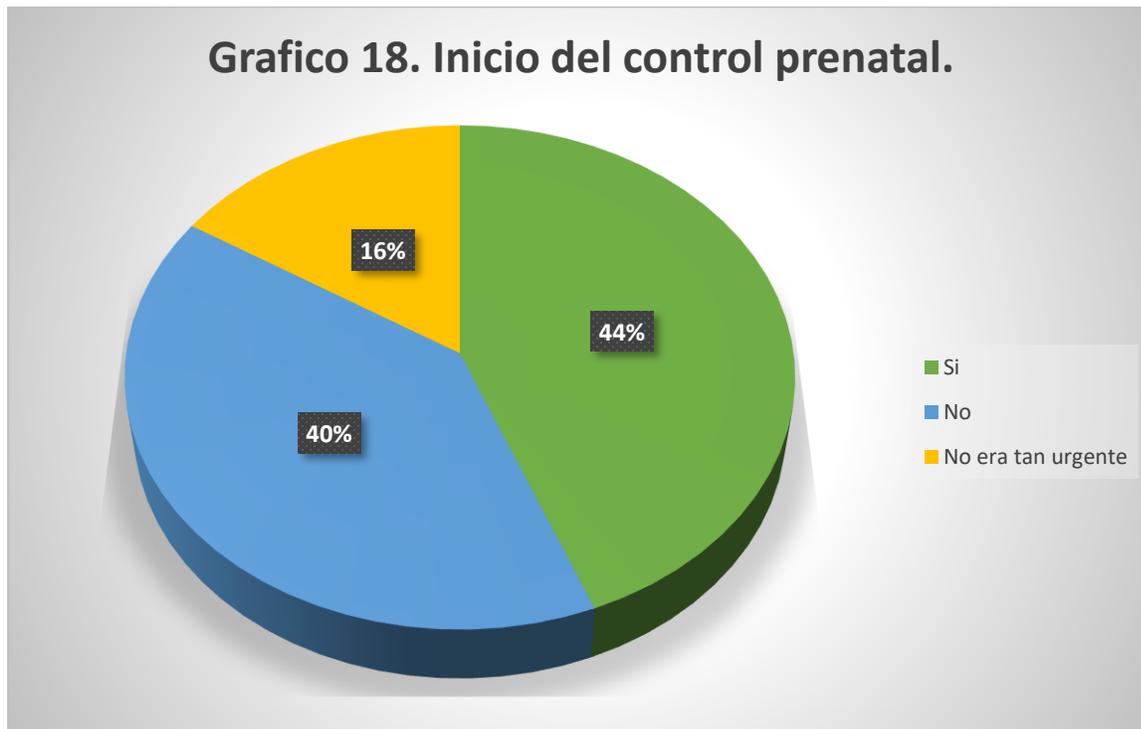
Análisis e interpretación.

Con un 45% podemos señalar que la población contestó que al sospechar un posible embarazo fue a consultar a un establecimiento de salud, por tanto, un 42% fue primero a tomarse una prueba de embarazo a un laboratorio particular, mientras que un 13% no la importancia hasta tener más certeza de un embarazo. Podemos inferir que las gestantes acuden en su mayoría al establecimiento por razones económicas, confiabilidad, empatía, lo que puede aumentar la probabilidad de un inicio tardío debido a considerar que no se trate de un embarazo. Así mismo el realizar una prueba de forma particular puede generar desinterés por el inicio del control prenatal. También puede influir el no acudir inmediatamente cuando una gestante observa en consultas previas que en alguna institución no existe una calidad de atención o genera muchos trámites para acceder al servicio, tiempo de espera demasiado largo para resultado de exámenes, debido a esto tardara en iniciar la atención prenatal o en casos extremos ya no acudirá al establecimiento de salud.

Tabla 18. Una vez confirmado su embarazo ¿fue inmediatamente a iniciar su control prenatal?

RESPUESTA	POBLACIÓN	PORCENTAJE
Sí	38	44%
No	35	40%
No era tan urgente	13	16%
Total	86	100%

Fuente. Resultados de la encuesta dirigida a la población en estudio.



Fuente. Tabla 18

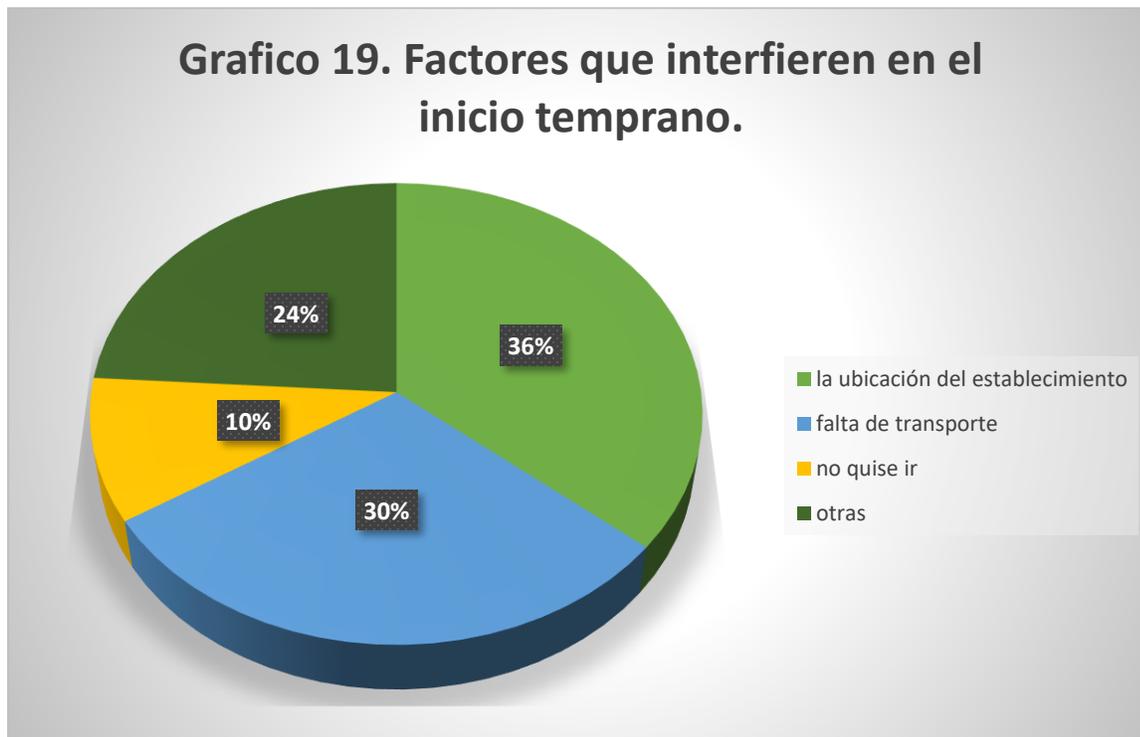
Análisis e interpretación.

De un total de 86 embarazadas en estudio un 44% manifiesta que al confirmar su embarazo si fue inmediatamente a iniciar su control prenatal, mientras que un 40% afirma que no realizo dicha acción, al igual que un 16% que considero que iniciar su control prenatal no era urgente, por lo cual no lo realizo. Lo cual indica que confirmar el embarazo no implica un inicio temprano del control prenatal y esto puede ser causa de factores como la edad, la multiparidad, la inaccesibilidad geográfica. El no asistir a su control prenatal, es el hecho de no tener conocimientos sobre los riesgos que se derivan de la no asistencia al control prenatal, además la población no conoce todos los servicios que se ofertan en el centro de salud, las mujeres refieren que desconocen todos los aspectos importantes del control prenatal como: señales de peligro en el embarazo, en qué etapa inicia el control prenatal, beneficios, suplementación con micronutrientes, signos y síntomas del embarazo. También el no asistir tempranamente es propiamente cultural.

Tabla 19. ¿Qué le impidió iniciar su control prenatal de forma inmediata?

FACTORES QUE INTERFIEREN EN EL INICIO TEMPRANO	POBLACIÓN	PORCENTAJE
La ubicación del establecimiento (la unidad me queda lejos)	31	36%
Falta de transporte	26	30%
No quise ir	9	10%
Otras	20	24%
Total	86	100%

Fuente. Resultados de la encuesta dirigida a la población en estudio.



Fuente. Tabla 19

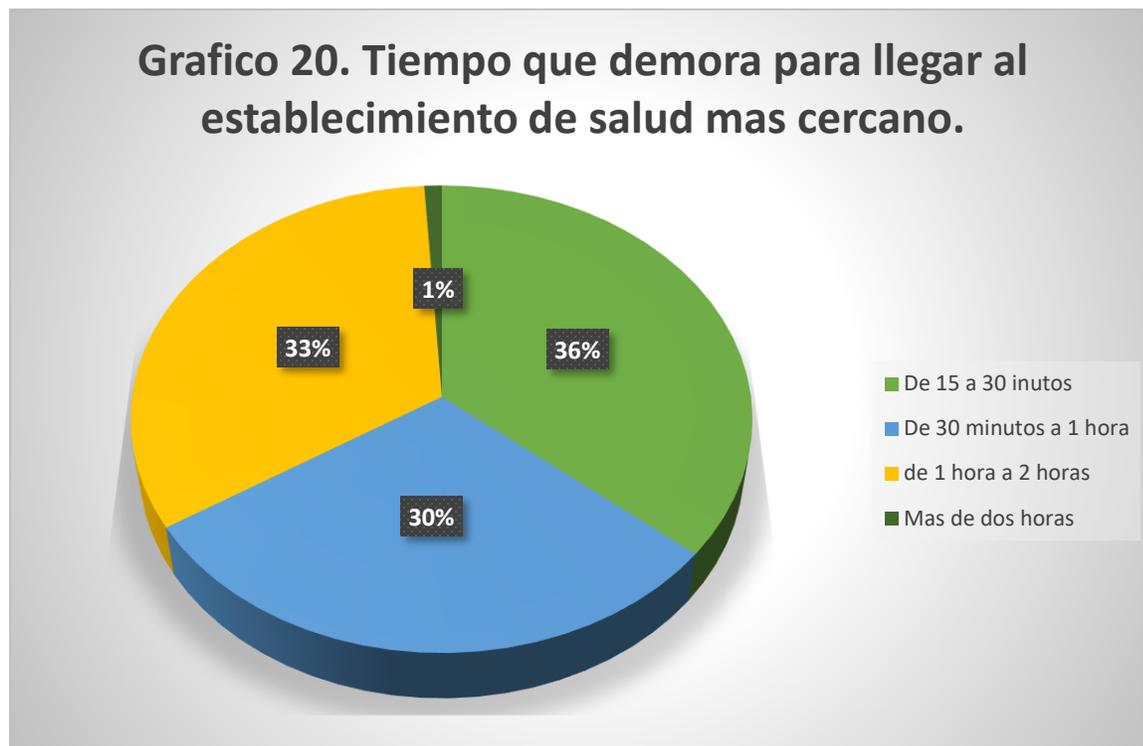
Análisis e interpretación.

En su mayoría con un 36% afirma que el principal factor que impidió el inicio temprano de su control prenatal fue la ubicación del establecimiento de salud, seguido de un 30% el cual señaló la falta de transporte, un 24% de la población enumeraron otras causas como trabajo, economía y cultura, mientras que un 10% no quiso asistir al establecimiento de salud más cercano. Por lo que refleja que la mayoría de la población encuestada manifiesta como gran limitante la ubicación del establecimiento y por ello la asistencia oportuna a su control prenatal; la distancia en que se encuentran sus casas de la unidad de salud, es una limitante para iniciar su control prenatal temprano, y si se motivan a asistir a la unidad de salud tiene que utilizar caminos rurales que se encuentran en mal estado y algunas de ellas toman veredas o caminos pedregosos o en malas condiciones, la ausencia de transporte en esas zona también actúa como impedimento; mientras que en menor número existen embarazadas que viven cerca de la unidad de salud facilitando una inscripción prenatal temprana, en caso de que decidan hacerlo.

Tabla 20. ¿Cuánto tiempo se demora en llegar al establecimiento de salud más cercano?

TIEMPO DE DEMORA	POBLACIÓN	PORCENTAJE
De 15 a 30 minutos	31	36%
De 30 minutos a 1 hora	25	30%
De una hora a 2 horas	28	33%
Más de dos horas	2	1%
Total	86	100%

Fuente. Resultados de la encuesta dirigida a la población en estudio.



Fuente. Tabla 20

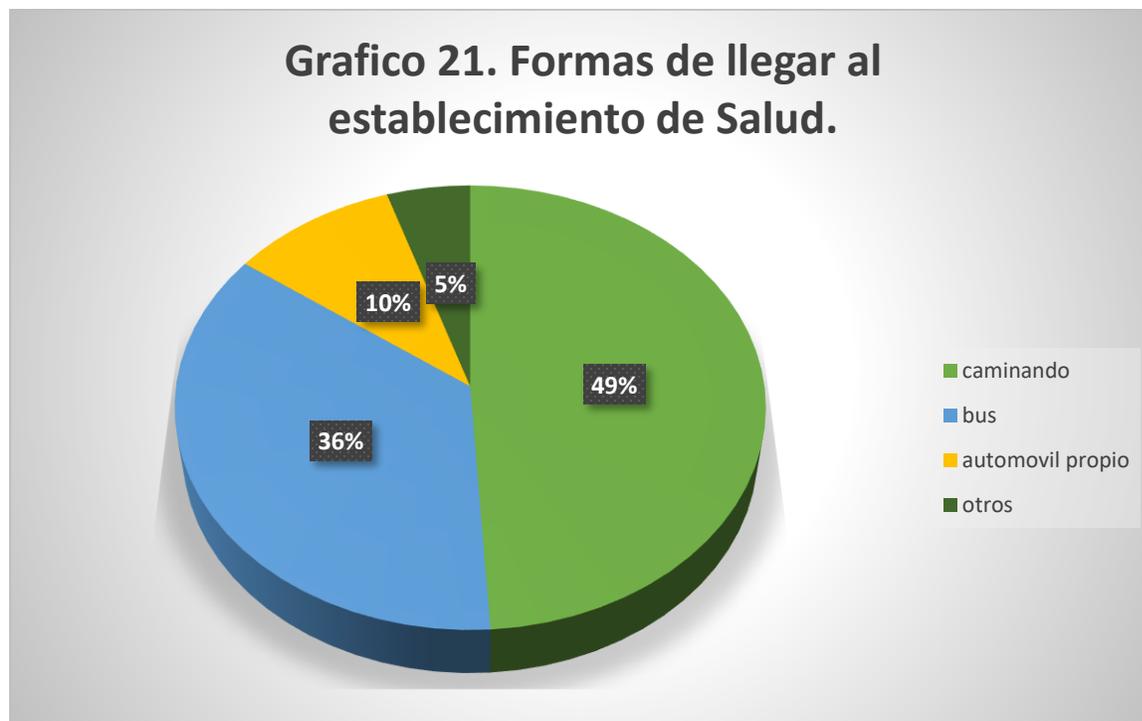
Análisis e interpretación.

Un 36% de la población afirma que demora de 15 a 30 minutos en llegar al establecimiento de salud más cercano, mientras que un 33% demora de una a dos horas, por tanto, un 30% tarda de 30 minutos a una hora, la minoría con un 1% tarda más de dos horas en llegar al establecimiento de salud. Por lo que se puede interpretar que, en un porcentaje similar, la lejanía es una causa de inicio tardío del control prenatal y que puede asociarse a factores socioeconómicos, inaccesibilidad geográfica, falta de transporte, violencia. La población rural exhibe mayores dificultades para el acceso a servicios de salud durante la gestación y el nacimiento, que aquella que habita en zona urbana; en la zona rural no se logra captar tempranamente a las madres gestantes para el control prenatal, lo cual puede significar un riesgo para la detección de enfermedades, anomalías y otras complicaciones que se pueden presentar en la gestación, y que se pueden atender con mayor eficacia durante su primer trimestre.

Tabla 21. ¿Cuál es su forma de llegar al establecimiento de salud?

FORMAS DE LLEGAR AL ESTABLECIMIENTO	POBLACIÓN	PORCENTAJE
Caminando	42	49%
Bus	31	36%
Automóvil propio	9	10%
Otros	4	5%
Total	86	100%

Fuente. Resultados de la encuesta dirigida a la población en estudio.



Fuente. Tabla 21

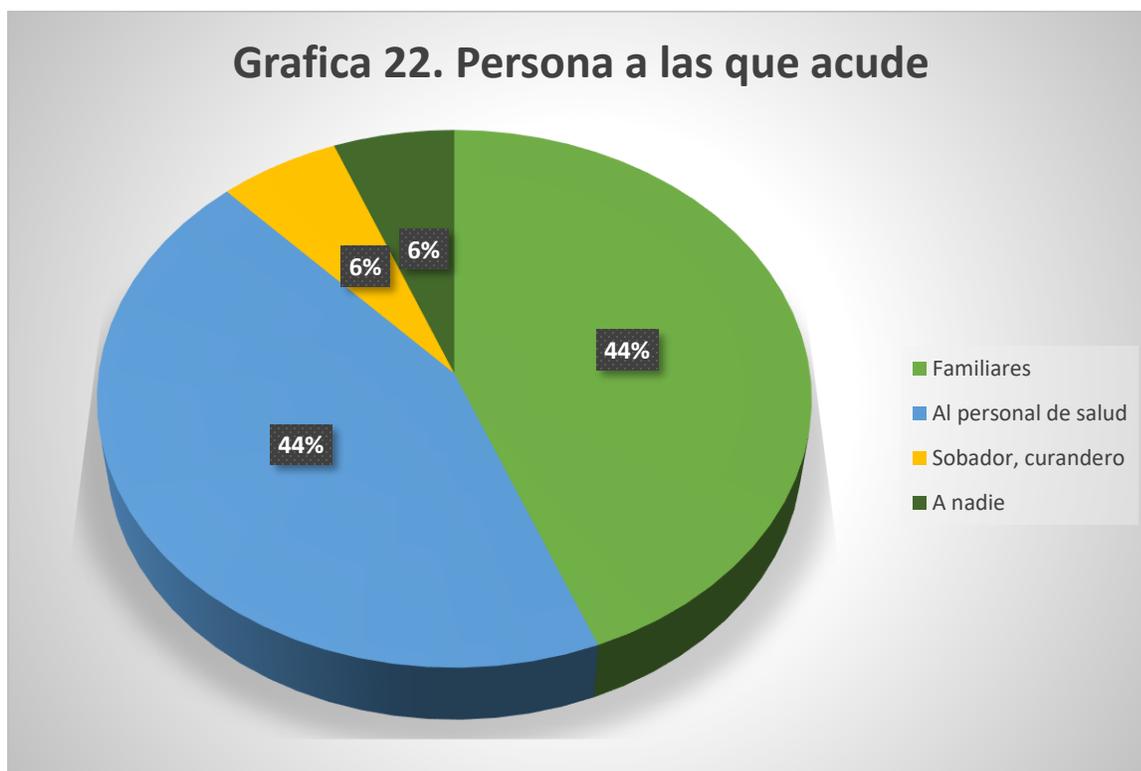
Análisis e interpretación.

De un 49% la población en estudio afirma que la forma que esta llega al establecimiento de salud es caminando, mientras que un 36% lo hace mediante autobús, un 10% posee automóvil propio y un 4% otros medios de transporte. Por lo que indica que en su mayoría se presenta una dificultad que guarda relación con el área rural, transporte limitado; lo que provoca el desinterés por acudir a los controles prenatales, aun conociendo la importancia de este. Las características sociodemográficas y la inasistencia al control prenatal afectan la frecuencia en la mortalidad perinatal de las gestantes. La distancia hacia el establecimiento de salud puede ser una barrera para el acceso, cobertura y periodicidad de la atención prenatal; se identifica como principales dificultades para el acceso las grandes distancias que tienen que viajar las mujeres embarazadas durante varias horas. El medio de transporte se considera al medio para trasladarse de un lugar a otro, ya sea a pie o en carro; en las zonas rurales las mujeres tienen que esperar horas para que pase un medio de transporte para acudir a un servicio de salud.

Tabla 22. ¿Si usted tiene alguna duda respecto al embarazo a quien acude?

RESPUESTAS	POBLACIÓN	PORCENTAJE
A sus familiares	38	44%
Al personal de salud	38	44%
Sobador, curandero	5	6%
A nadie	5	6%
Total	86	100%

Fuente. Resultados de la encuesta dirigida a la población en estudio.



Fuente. Tabla 22

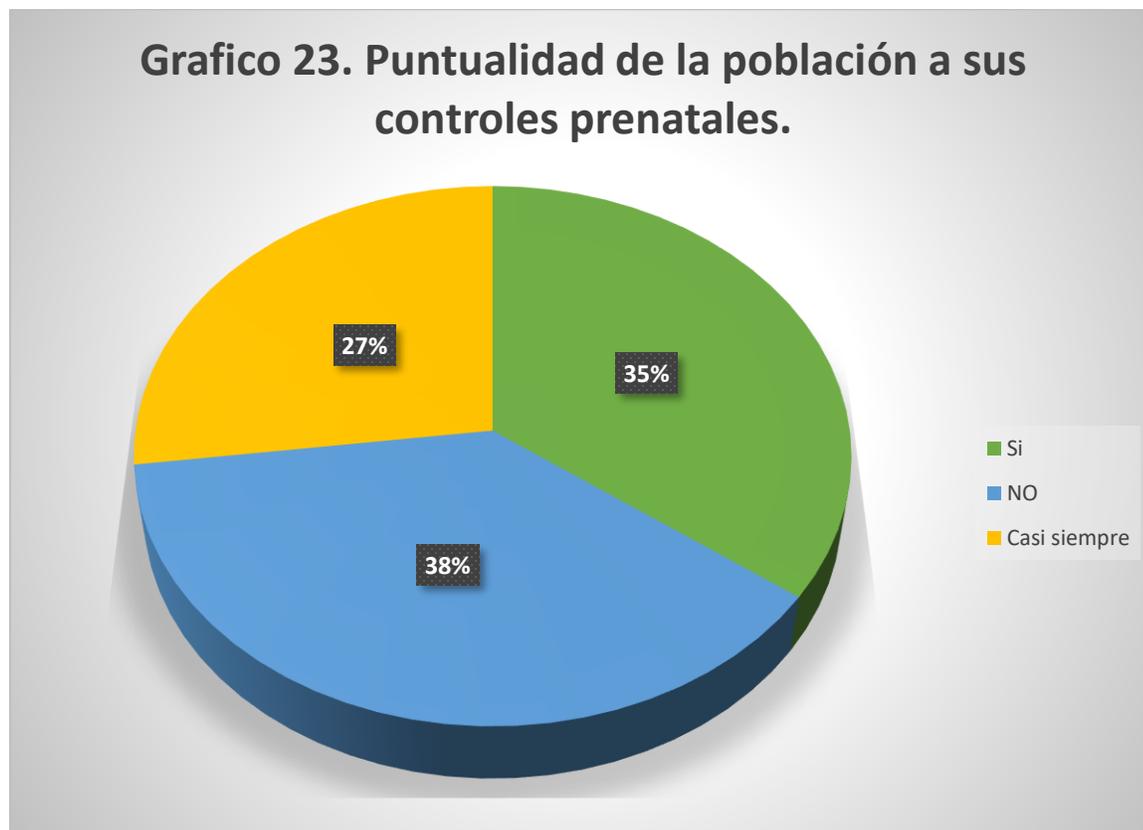
Análisis e interpretación.

Se puede constatar que con un 44% la población en estudio afirma que acude a sus familiares cuando presenta alguna duda de su embarazo al igual que un 44% acude al personal de salud, mientras que un 6% acude a las etnoprácticas es decir un sobador o curandero mientras que otro 6% no acude a nadie. Por lo que se puede inferir que las usuarias ante una duda consideran importante la opinión de mujeres que, aparentemente tienen experiencia sobre los cambios durante el embarazo, permitiendo así seguir "consejos" de estas. Así mismo con un porcentaje equitativo muchas deciden consultar un especialista. El control prenatal es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre, lo ideal ante cualquier duda que ocurra durante el embarazo es dirigirse al especialista puesto que algunas de estas mujeres desconocen las señales de peligro durante el embarazo lo cual constituye un riesgo inminente para la salud y la vida de estas mujeres, como lo son el no saber que una cefalea puede ser síntoma de hipertensión arterial severa, visión borrosa, dolor abdominal, hemorragia, infecciones urinarias, fiebre etc. que pueden ser el inicio de una complicación severa que las puede conducir directamente a la muerte.

Tabla 23. Hasta el momento ¿ha asistido puntualmente a todos los controles que se le han indicado?

RESPUESTAS	POBLACIÓN	PORCENTAJE
Sí	30	35%
No	33	38%
Casi siempre	23	27%
Total	86	100%

Fuente. Resultados de la encuesta dirigida a la población en estudio.



Fuente. Tabla 23

Análisis e interpretación.

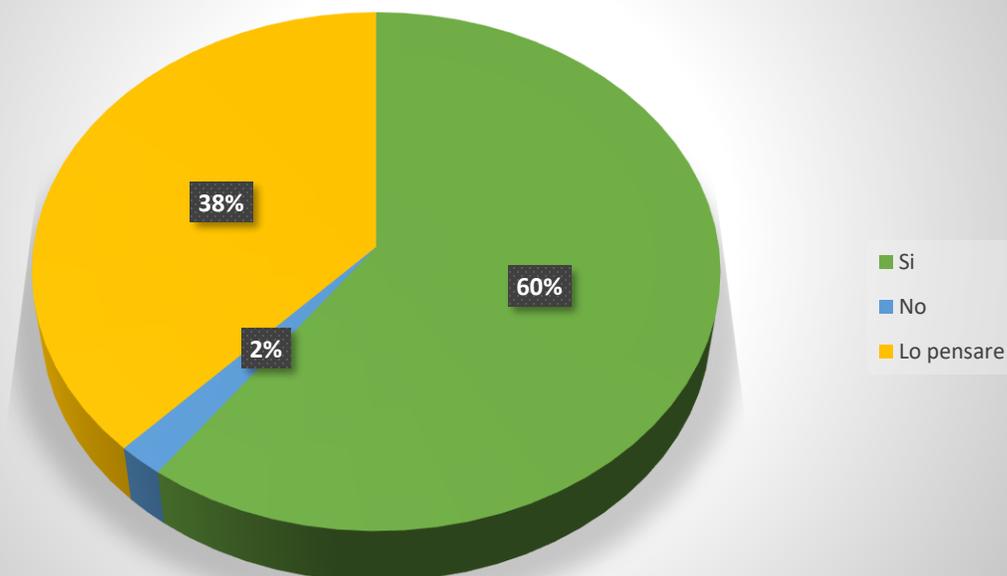
Podemos observar que en su mayoría con un 38% de la población encuestada no ha asistido puntualmente a sus controles prenatales, por tanto, un 35% de la población en estudio que, si ha asistido de forma puntual a sus controles prenatales subsecuentes, mientras que un 27% de la población encuestada afirma que casi siempre, es decir que no ha asistido a todos sus controles puntualmente. Por lo que se puede interpretar que en una mayoría las entrevistadas estas conscientes, mas no seguras, que, mediante el control prenatal, el especialista puede vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y el cuidado de su hijo, tratando la manera de asistir puntualmente a los controles prenatales. Lo contrario sucede con un porcentaje similar de mujeres embarazadas que desconocen los beneficios que trae consigo la asistencia al control prenatal, como lo son: gozar de una excelente salud integral en este periodo, tener acceso a sesiones educativas, donde podrán incrementar sus conocimientos al respecto del embarazo, donde podrán socializar con otras embarazadas lo relacionado a la gestación, atención inmediata ante cualquier emergencia, evaluaciones de salud integrales en cada control, orientación para ella y su familia.

Tabla 24. En un posible embarazo ¿acudiría antes de los 3 meses a consultar al establecimiento de salud más cercano?

RESPUESTAS	POBLACIÓN	PORCENTAJE
Sí	51	60%
No	2	2%
Lo pensare.	33	38%
Total	86	100%

Fuente. Resultados de la encuesta dirigida a la población en estudio.

Grafico 24. En el proximo embarazo el control se iniciara antes de los 3 meses.



Fuente. Tabla 24

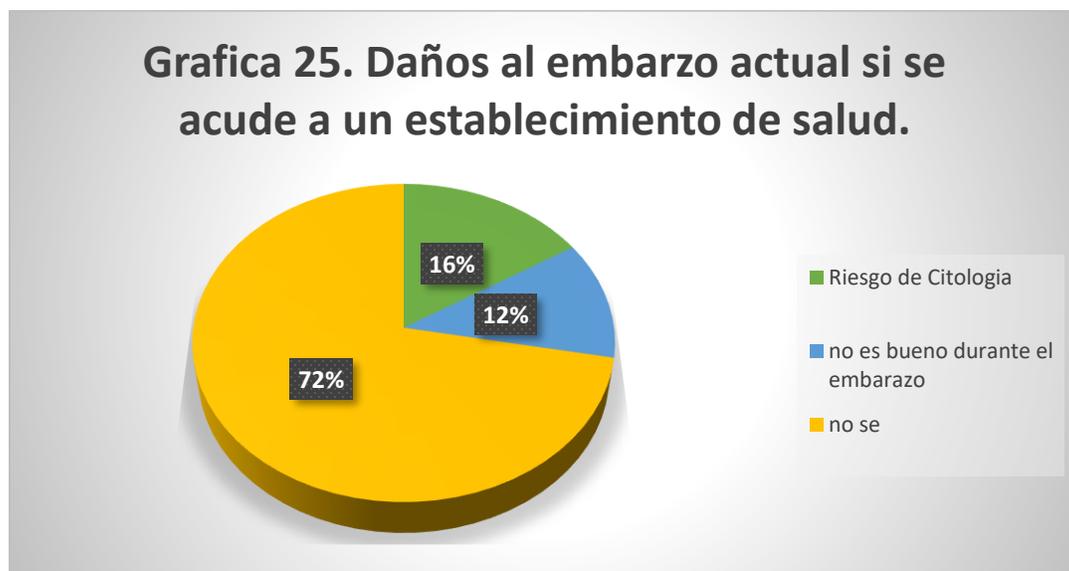
Análisis e interpretación.

Un 60% de la población que representa la mayoría, afirma que en un próximo embarazo si iniciara sus controles prenatales antes de los 3 meses, mientras que un 38% existe cierta duda, ya que lo pensarán, y un 2% niega el iniciar sus controles antes de los 3 meses de gestación. Lo cual indica, con una alta superioridad que las usuarias reconocen que deben iniciar en el primer trimestre de la gestación su control prenatal puesto que permite identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal. Las gestantes con un mejor nivel de instrucción se relacionarían significativamente con un mejor nivel de conocimiento sobre la atención prenatal; la mejor educación de las gestantes les da un mejor nivel cognoscitivo y actitudinal permitiéndole con mayor facilidad la captación de los alcances de la atención prenatal y por ende mejor cumplimiento con los objetivos de la atención prenatal. Esto permitirá la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud en próximos embarazos, que constituyen la razón fundamental de la atención prenatal.

Tabla 25. ¿Considera usted que al acudir a un establecimiento de salud puede producir un daño a su actual embarazo?

RESPUESTAS	POBLACIÓN	PORCENTAJE
Sí, porque al hacerse la citología él bebe corre riesgo de morir en el procedimiento	14	16%
No es bueno para mi embarazo	10	12%
no se	62	72%
Total	86	100%

Fuente. Resultados de la encuesta dirigida a la población en estudio.



Fuente. Tabla 25

Análisis e interpretación.

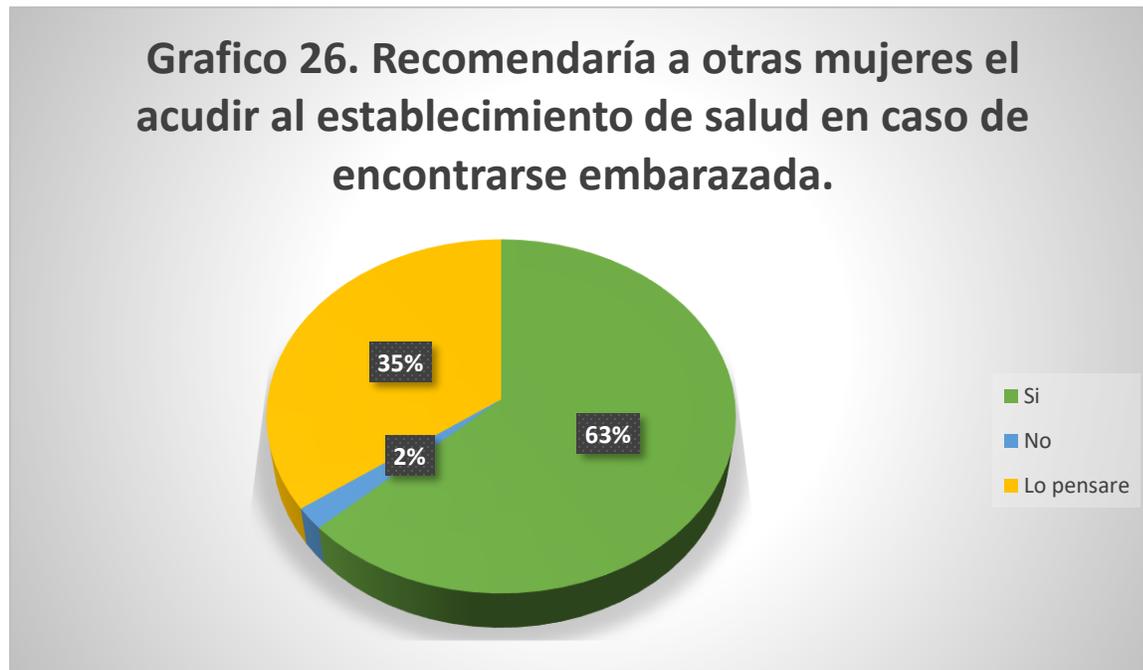
De un total de 86 embarazadas estudiadas se puede apreciar que un 72% opina un “no se” al considerar que acudir a un establecimiento de salud puede producir daños a su embarazo, un 16% afirma que si, ya que en su mayoría afirma que cuando se les realiza citología al momento de la inscripción esta puede producir un aborto, mientras que un 12% considera que no es bueno para su embarazo. Por lo que se puede inferir que siendo la mayoría un “no se” como respuesta; la educación a la mujer embarazada es fundamental, para contribuir a disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal. Se puede observar que aún desconocen la importancia del control prenatal, que es sumamente importante para la prevención especialmente de la mortalidad materna y neonatal que ocurre por complicaciones altamente prevenibles, si se detectan a tiempo en los servicios de salud, por personal calificado que puede ayudar a las mujeres a mejorar sus estilos de vida y que estos sean saludables, pero especialmente, su autocuidado en este periodo tan importante de la vida de la mujer como lo es, la gestación, haciendo énfasis en la nutrición y la detección de señales de peligro que pueden salvar su vida en determinado momento,

Tabla 26. En caso personal ¿recomendaría a otras mujeres que como usted puede que tengan alta probabilidad de estar embarazadas, acudir lo más pronto posible a su establecimiento de salud más cercano para tener más certeza de este e iniciar sus controles?

RESPUESTAS	POBLACIÓN	PORCENTAJE
Sí	54	63%
No	2	2%
Lo pensaría.	30	35%
Total	86	100%

Fuente.

Resultados de la encuesta dirigida a la población en estudio.



Fuente. Tabla 26

Análisis e interpretación.

Se observa que un 63% de la población estudiada, afirma que recomendaría a otras mujeres embarazadas asistir al establecimiento de salud a iniciar sus controles prenatales de forma temprana, mientras que en un 35% de las mujeres encuestadas afirma que lo pensarían, mientras que un 2% se negarían a informar sobre el control prenatal temprano. Esto sugiere que cada visita al establecimiento por parte de las usuarias debe ser una oportunidad para educar, brindar la información y reforzar conocimientos sobre la importancia del control prenatal. La embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente. Es importante destacar que todo personal que labora en las unidades de salud reconoce el valor de una inscripción prenatal temprana y los beneficios que esta lleva; como el detectar y prevenir dificultades complicaciones que surjan durante el embarazo para poder brindar un tratamiento pertinente es por ello que tiene el interés de fomentar hábitos de prevención, en la población de mujeres embarazadas motivándolas y brindando información, a través de un control prenatal oportuno, lo que se refleja en el hecho de recomendar acudir al establecimiento de salud a toda mujer embarazada lo más pronto que sea posible.

CAPITULO V
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

5.CAPITULO V. DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

A partir del análisis e interpretación de los datos obtenidos en la sección anterior se detalla en este capítulo la discusión sintetizada de los resultados de la investigación.

5.1 RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.

Es de suma importancia reconocer los conocimientos, actitudes y prácticas en mujeres embarazadas que conllevan a que estas inicien tardíamente su control prenatal; en el estudio, se llegó a observar que en su mayoría, la población posee algún conocimiento básico acerca del control prenatal; sin embargo, desconocen la importancia del porqué debe ejecutarse adecuadamente, así como las consecuencias de no llevarlo a cabo; por tal motivo, algunas embarazadas inician su control prenatal después de los tres meses de edad gestacional, además que, no lo realizan de forma continua y periódica; produciendo así mismo que estos sean incompletos.

En cuanto a las actitudes que están poseen en relación al control prenatal, un 56% considera que este es positivo para su embarazo, ya que en cierta medida puede ayudar a que este finalice de forma segura, solo que no poseen la información que les haga reconocer el objetivo de iniciarlo y continuarlo de forma puntual, ya que un 38%, que representa a la mayoría, no lleva sus controles prenatales subsecuentes de forma puntual, además de no conocer los riesgos que pueden producir a lo largo de su embarazo.

Otro punto para destacar es la actitud que ellas muestran, al presentarse alguna incertidumbre con respecto a su embarazo; debido a que, en su mayoría con un 44%, tratan de resolver sus dudas acudiendo al personal de salud más cercano, o con igual porcentaje, acuden a familiares de confianza que tengan conocimiento y experiencia del tema.

La parte negativa en su actitud se ve reflejada en que estas tienen ciertas dudas, si recomendar o no, representando un grupo significativo con un 35%, el iniciar el control

prenatal de forma temprana a otras embarazadas, disminuyendo así las buenas prácticas que se deben realizar en beneficio a la promoción de este.

Respecto a las prácticas en forma general, son positivas, ya que la población en su mayoría con un 45%, acuden al establecimiento de salud más cercano cuando se tiene cierta certeza de un posible embarazo; mientras que otro porcentaje, prefiere otro método que confirme tal hecho, para posteriormente acudir a realizar su control prenatal, pero se presentó un porcentaje de población que simplemente no le da la importancia a realizarlo de forma temprana.

Al conocer específicamente ciertas características de la población a la que se aplicó el instrumento de investigación, se puede apreciar que sus edades son predominantemente menores de 15 años, así mismo mayores de 35 años, encontrándose en los extremos de los rangos considerados adecuados para la gestación, por lo que se debe recalcar, que son de alto riesgo por sus edades, esto concuerda con el estudio realizado en Colombia sobre factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de San Sebastián de la Plata, Haulia, donde se afirmó en la correspondiente investigación, que la población adolescente en su mayoría con un 38%; es uno de los factores que está relacionado directamente con el inicio tardío de los controles prenatales, debido a que esta población por carecer de la experiencia para reconocer la existencia de un posible embarazo, no acuden inmediatamente al establecimiento de salud más cercano, además que en su mayoría son adolescentes dependientes económicamente de sus padre, y por temor a que estos descubran su estado, lo ocultan hasta que este se encuentre ya muy avanzado, inscribiéndose tardíamente al control prenatal.

Al analizar el nivel de escolaridad, la cual fue predominantemente en el área básica (entre primer y noveno grado) con un 40%, seguido con un 28% a ningún grado académico; esto nos permite observar que, debido a la baja escolaridad que estas poseen, se generan limitantes para el acceso a la información y a los servicios de salud, produciendo como principal consecuencia, que las mujeres desconozcan sobre lo que es el control prenatal, cuando se debe de hacer, por qué se debe hacer y sus consecuencias, si este no se realiza.

Otras de las variantes en estudio, es que en su mayoría son mujeres provenientes del área rural, donde existe la mayor tasa de embarazos adolescentes, ausencia de control parental, baja escolaridad e ingreso monetario, al igual que, malas condiciones de vivienda y saneamiento básico deficiente, además de presentar ciertos estereotipos tradicionales de género, “machismo” y modelos familiares que se repiten generacionalmente.

El estado civil es predominantemente con un 75%, casada o en unión libre, de estas en su mayoría en una “unión libre”, mientras que la otra contraparte con un 15% y 10%, esta entre divorciadas y solteras respectivamente, esto concuerda con el estudio realizado en Uruguay en 2006 por el Hospital de Clínicas y Centro Hospitalario Pereira Rossell. Facultad de Medicina, donde se presentó que el grupo más grande dentro del estado civil de las pacientes fue la unión estable, representando un 52,8% del total de la muestra, seguido del grupo de casadas con un 22,2% y solteras con el 21,6%; el cual confirma hallazgos previos de que el estado civil materno debe considerarse un factor de riesgo para malos resultados perinatales, ya que al estar casada o acompañada se consideran de bajo riesgo potencial debido a la presencia del apoyo de la pareja, por lo cual da mayor seguridad y estabilidad a la mujer gestante.

La ocupación de vida implicó ser en su mayoría con un 56%, el de amas de casa, sin ningún trabajo estable o dependiendo exclusivamente de su pareja de vida, lo cual conlleva, a que la mayoría de las decisiones que estas mujeres tomen respecto a su embarazo sea influenciada ya sea de forma positiva o negativa por sus parejas de vida.

En cuanto a gestaciones previas se encuentran de igual forma en los extremos, en su mayoría ser nuligesta (ningún embarazo previo) con un 37%, seguido de ser multigesta (más de 3 embarazos) con un 30%, esto denota que un porcentaje considerablemente alto de embarazadas pueden tener un menor conocimiento de los controles prenatales debido a la falta de gestaciones previas que confieren algún tipo de experiencia o al contrario tener cierto desinterés por iniciar sus controles prenatales a tiempo, debido a los múltiples embarazos; los cuales a su criterio consideran que son capaces de llevarlos a buen término, sin necesidad de servicios médicos especializados.

Al indagar sobre las dificultades que les impiden realizar su control prenatal de forma temprana y acudir a la unidad de salud, en su mayoría con un 36% se presenta que, es la larga distancia que hay entre sus hogares y el establecimiento de salud más cercano; ya que, lo referente al tiempo que se tardan en llegar al establecimiento de salud, un 33% les queda a más de dos horas de distancia, además que, un 30% no cuenta con los medios de transporte que les faciliten el acceso a la unidad de salud, de una forma adecuada y oportuna, ya que su único medio de movilización es el caminar grandes distancias. Esto concuerda con el estudio hecho en Perú, Zela Chambi CY, Figueroa Chura YS, los cuales elaboraron un trabajo de investigación denominado "Factores que influyen en la adherencia de la embarazada al control prenatal en el Centro de Salud La Revolución Juliaca", en el cual, identificaron los factores sociodemográficos relacionados entre ellos y se mencionan: la condición socioeconómica, área de procedencia además del trabajo de investigación que se titula: "Factores que intervienen en la falta de inscripción prenatal temprana, en las mujeres embarazadas de la unidad comunitaria de salud familiar básica Galeano; municipio de Chalchuapa, Santa Ana" cuyo resultado reflejaban que la falta de inscripción prenatal temprana era debido a que las gestantes del establecimiento estaban expuestas a la inaccesibilidad geográfica por los lugares en los que residen.

Al analizar los conocimientos en la población encuestada en su mayoría con un 56% afirman, saber que es un control prenatal o tienen una idea vaga del mismo, este factor es influenciado por la educación constante que proporcionan los recursos que laboran en los establecimientos de salud a la población en general. Además de tener el conocimiento que, el control prenatal tiene como finalidad detectar anormalidades durante el embarazo representando a la mayoría con un 56%; aunque desconocen las consecuencias si no se realiza de forma temprana. Por otra parte, un 40%, afirma que es una acción obligatoria requerida por las entidades de salud pública de nuestro país y no una práctica preventiva y diagnóstica en beneficio a su salud y la de su producto. Esto demuestra, que en su mayoría tienen conocimiento de este tema, debido a la difusión constante de información, dada por el personal de salud pública o familiares con experiencia referente al tema, pero desconocen las consecuencias si este se realiza de forma tardía y como este puede contribuir a la prevención de factores que pueden poner en riesgo la vida de su producto.

Al indagar sobre los signos sugestivos de embarazo que la población en estudio conoce, en su mayoría con un 87% respondieron que el signo que puede hacer que las gestantes consulten el establecimiento de salud es la “falta de menstruación”; mientras que otra parte, respondió con un 10%, que no poseen idea alguna de cómo reconocer un posible embarazo, coincidiendo con las embarazadas adolescentes con baja escolaridad (menores de tercer grado).

Al tener una leve sospecha de un posible embarazo, la acción a realizar, representando a la mayoría con un 45%, es consultar a un establecimiento de salud, donde se puedan hacer una prueba en sangre o en orina, donde les confirme sus posibles sospechas, mientras que otra parte, con un 42%, se realiza de primera mano, una prueba de embarazo casera en vez de consultar al establecimiento de salud más cercano; esto denota cierto grado de conocimientos en cuanto a lo que se debe de hacer ante un posible embarazo, que es acudir al establecimiento de salud más cercano para solventar dudas. Otra causa que justifica esta acción es que, ellas prefieren realizarse una prueba de embarazo en un laboratorio particular que les queda más cercano a sus viviendas que consultar al establecimiento de salud ya que para llegar a este se les dificulta.

Otro punto que destacar es que, en un porcentaje representativo de la población encuestada con un 93%, afirma que el control prenatal se debe realizar de forma temprana; pero siempre se presentó un porcentaje significativo con un 30% que inicio su control prenatal después de los 3 meses, seguido de un 12%, los cuales, simplemente no les concedieron la debida importancia el iniciarlo y se inscribieron de forma tardía.

Cabe mencionar que hay cierta discrepancia en los conocimientos que las gestantes poseen, sobre el de realizar el control prenatal de forma tardía, ya que, existen iguales porcentajes (un 40% en ambas) entre el “sí” y “no”, de las posibles consecuencias de realizar el control prenatal tardío, relacionándose con la mayoría con un 72%, no tiene idea si acudir al establecimiento es perjudicial para su embarazo; otro tanto, con un 16%, tienen cierto temor a iniciar su control prenatal debido a que han escuchado por sus familiares que pueden sufrir de un aborto por realizarse la citología requerida en el primer control, pero a pesar de presentar una mezcla entre ideas erróneas y acertadas desde el punto de vista científico, afirman en su mayoría con un 60% que si acudirían al

establecimiento de salud en un próximo control, mientras que un 38% afirma que “lo pensaría”, denotando cierta desconfianza en él mismo, tanto que un 2% niega rotundamente a inscribirse de forma temprana. Lo anterior, permite apreciar que hay cierto grado de aceptación a la práctica clínica, que con el tiempo y con los esfuerzos en educación puede llevar a que, en su totalidad la población pueda inscribirse de forma temprana a los controles prenatales y de esta forma prevenir de forma oportuna, los diversos riesgos que se puedan presentar en las etapas tempranas del embarazo, disminuyendo así la morbi-mortalidad madre-hijo.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6. CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6.1 CONCLUSIONES.

En base a los datos recopilados durante la investigación, se han podido determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres embarazadas que iniciaron tardíamente su control prenatal, en las unidades de salud en estudio; por lo cual, partiendo del análisis y la interpretación de los resultados, se concluye qué:

El desarrollo y crecimiento de un país, no solo puede ser medido a partir de su tasa de crecimiento, sino también de su índice de desarrollo humano, que es influenciado por sus programas de salud y prevención de las enfermedades, en donde la tasa de mortalidad materna nos dice si un sistema de salud es de calidad y cuando no lo es; por ende, la atención prenatal brindada a las mujeres embarazadas es una herramienta para detectar, controlar y prevenir los factores de riesgo y alteraciones de la Madre-hijo.

En relación con los resultados de la investigación realizada sobre los conocimientos de las mujeres embarazadas que son predisponentes a la inscripción prenatal tardía se concluye que:

- La falta de conocimientos no es la única causa del inicio tardío del control prenatal, ya que, se observó que existe información proporcionada a las mujeres embarazadas de parte de los especialistas en salud, familiares o personas que poseen experiencia en el tema; sino que también se apreció cierta confusión colectiva respecto al mismo, que se evidencia, en el nivel cultural de la población, ya que se han creado mitos respecto al embarazo, que ciertamente pueden confundir a las gestantes sin ninguna experiencia sobre el tema, o puede dar excesiva confianza a quienes hayan tenido gestaciones previas y considere innecesario iniciar el control prenatal.
- Se observó poco conocimiento de las embarazadas encuestadas para reconocer los factores de riesgo que existen durante el primer embarazo.

- Las gestantes que se encuentran casadas o en una unión estable que representan a la mayoría, son las que asisten de forma temprana a iniciar sus controles prenatales.
- Los controles prenatales tardíos, se dan más comúnmente en las pacientes cuyas edades oscilan entre menores de quince años y mayores de treinta y cinco años.
- La baja escolaridad produce una disminución del nivel de conocimientos, lo cual, produce ignorancia sobre el tema del embarazo en general y cuando a acudir al establecimiento de salud.
- La población en su mayoría está informada sobre realizar su control prenatal de forma temprana, además de, conocer ciertos signos que le pueden indicar que posiblemente este embarazada, lo que desconocen son las consecuencias de no realizarlo de forma oportuna.
- La población sabe que debe acudir a un establecimiento de salud al tener sospecha de un posible embarazo.
- Los establecimientos de salud si están proporcionando a la población conocimientos básicos acerca del control prenatal.
- Existe una minoría de la población que presenta cierto desinterés en temas de salud, en especial sobre temas relacionados al embarazo, ya que desconocen las consecuencias que puede causar el no iniciar de forma temprana el control prenatal.

En relación con los resultados de la investigación realizada sobre las actitudes de las mujeres embarazadas que son predisponentes a la inscripción prenatal tardía se concluye que:

- Las mujeres multíparas en su mayoría le restan importancia a la inscripción prenatal temprana por no ser su primer embarazo.

- Hay negatividad por parte de la mayoría de las gestantes, a seguir el control prenatal de forma completa durante el embarazo.
- El factor sociodemográfico influye a que las pacientes pospongan realizar su control prenatal en forma temprana, ya que no desean realizarlo debido a las distancias lejanas, entre sus viviendas y el establecimiento de salud más cercano.
- Si existe dudas sobre su embarazo, las pacientes acuden por información al personal de salud o familiar más cercano que ya haya tenido experiencia referente al tema.
- Si se presenta otro embarazo en un futuro, la población encuestada afirma que, si lo iniciara de forma temprana, antes de los 3 meses.
- Las gestantes si recomendaran a otras mujeres con posibilidades de quedar embarazada, iniciar sus controles prenatales antes de los 3 meses.

En relación con los resultados de la investigación realizada sobre las prácticas de las mujeres embarazadas que son predisponentes a la inscripción prenatal tardía se concluye que:

- La población al presentar sospechas de un posible embarazo acude al establecimiento de salud más cercano, o se realiza una prueba de embarazo previa para tener mejor certeza.
- Al tener certeza de su embarazo la población acude al establecimiento de salud más cercano de forma inmediata.
- Las gestantes no siguen los controles prenatales subsecuentes de forma oportuna.
- La población en estudio si acudiera en un futuro embarazo al control prenatal antes de los tres meses de gestación.
- Por factores culturales, creencias, mitos o por poca información, una minoría de las embarazadas encuestadas prefiere no asistir a las unidades de salud.

Teniendo en cuenta las conclusiones antes mencionadas se puede observar que la inscripción tardía a los controles prenatales es multifactorial, por lo que se detalla a continuación:

- Factor cultural, en el país a lo largo de muchas generaciones se han desarrollado mitos que influyen de manera negativa las decisiones de la mujer gestante; esto ha llevado a que esta no le conceda la importancia de iniciar y continuar los controles prenatales,
- Factor demográfico, muchas de las gestantes presentan dificultad para iniciar y seguir sus controles prenatales debido a que, el establecimiento de salud se encuentra a una distancia lejana a sus comunidades y prefieren no realizarlo o simplemente no continuarlo.
- El factor económico, interviene en muchas ocasiones debido a que la mayoría de estas mujeres son amas de casa, por lo cual no reciben un salario que pueda beneficiar al gasto común de sus hogares, produciendo que sus compañeros de vida sean los encargados en su mayoría de los gastos del hogar y su salario no es suficiente para solventar todas las demandas, estas muchas veces se ven privadas de dinero, y no pueden pagar transporte para movilizarse a sus respectivas unidades de salud para continuar con sus controles correspondientes.
- La falta de confianza a los servicios de salud es otro de los factores que intervienen, ya que un porcentaje significativo de las gestantes tienen conocimientos sobre el control prenatal, pero muchas de ellas no acuden a los establecimientos, debido a que consideran que los recursos de salud pueden generar en su embarazo un posible aborto por realizarse en ellas, la citología, inspección ginecológica entre otras, por lo que preferiblemente evitan el contacto con los establecimientos.

6.2 RECOMENDACIONES.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en la investigación y con el fin de contribuir al mejoramiento de los programas maternos que permitan mejorar la detección, prevención y diagnóstico de factores de riesgo no detectados debido una inscripción prenatal tardía, se presentan las siguientes recomendaciones:

Al Ministerio de salud:

- Reforzar la educación mediante la capacitación del personal médico como de enfermería, con el objetivo de brindar una mejor atención que aclare dudas y miedos de pacientes gestantes.
- Fortificar los seguimientos comunitarios ya existentes implementados por el MINSAL por parte de las unidades de salud, para buscar soluciones y dar una mejor atención y evitar la inasistencia por parte de las embarazadas que no pueden acceder a la atención materna.
- Aplicar supervisiones continuas para que se realice el seguimiento de los controles prenatales, con el objeto de detectar a las mujeres faltantes a sus controles prenatales, y poder proporcionarles el seguimiento adecuado.

A las Unidades de Salud:

- Realizar programas de participación de la comunidad que incluyan a las gestantes y mujeres en edad fértil; en los cuales, la población pueda plantear sus dudas respecto al tema y estas sean aclaradas por el personal de salud capacitado.
- Promover campañas de concientización a la población, dirigidas específicamente a las mujeres en edad reproductiva para incentivar a la inscripción temprana a su control prenatal con el fin de evitar cualquier tipo de complicación durante el embarazo, parto y por ende disminuir la morbilidad materna y neonatal.
- Brindar una atención dinámica integral donde las embarazadas puedan formar parte, opinar, preguntar y construir su propio plan de control prenatal, parto y

puerperio bajo la dirección estratégica del personal de salud respetando sus creencias culturales y religiosas.

- Concientizar, brindar educación, coordinar y apoyar a los clubes de embarazadas, a los comités de salud, a los promotores y a los líderes de comunidades a fin de promover el control prenatal y su inscripción temprana, mejorando de esta forma las coberturas en las unidades de salud.
- Realizar actividades grupales donde se estimule la mayor participación de las mujeres embarazadas para que estas se informen tanto en su embarazo actual y futuros.
- Realizar actividades de educación a los familiares de las gestantes, para que tengan mayores conocimientos sobre los controles prenatales, signos de alarma e importancia de que la gestante continúe sus controles prenatales subsecuentes.
- Motivar al personal de salud a dar seguimientos a los programas maternos, así como establecer la detección temprana de mujeres embarazadas en la comunidad por parte de los Médicos, Enfermeras y Promotores de Salud.
- Informar a la comunidad en general mediante charlas, en las unidades de salud, en la comunidad desde educación preconcepcional, y poner énfasis sobre la importancia del control prenatal así de sus beneficios y consecuencias de no hacerlo en forma temprana.

A las Universidades:

- Implementar de forma prematura en los programas de estudio de la carrera de Doctorado en Medicina sobre la inscripción prenatal temprana.
- Fomentar el interés en los futuros profesionales de la salud sobre control prenatal e implementar programas de investigación sobre el mismo.

A la Población:

- A las gestantes a iniciar sus controles prenatales de forma temprana (antes de los tres meses de edad gestacional), participar activamente en el desarrollo de su embarazo, puerperio, y a continuar de forma puntual sus controles prenatales subsecuentes.
- Mejorar la organización comunitaria haciendo hincapié en el apoyo que se debe brindar con el transporte de pacientes embarazadas en situaciones de emergencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. WHO. 10 datos sobre la salud materna embarazada. Noviembre de 2015
Available from:http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/es/.
2. Ministerio de salud. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo Preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido 2011.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el mundo: (Día Mundial de la Salud, 2005
4. causas de inasistencia al control prenatal. avances de enfermería vol. IX. 1991 diciembre Volumen 9, Número 2, p. 99-107, 1991. ISSN electrónico 2346-0261. ISSN impreso 0121-4500.
5. OMS. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250802/WHO-RHR-16.12_spa.pdf;jsessionid=4629969950BC2DDD11427547AE88C373?sequence=1.
[Online].
6. JICA. Control Prenatal.
https://www.jica.go.jp/spanish/about/publications/japan.../japan_brand_01_sp.pdf.
7. WHO. WHO. [Online]. Available from:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/antenatal-care-guidelines/es/>.
8. OMS. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>. [Online].
9. OMS. Directriz: Administración diaria de suplementos de hierro y ácido fólico en el embarazo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/daily_ifa_supp_pregnant_women/es/, consultado).
10. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/138405/1/9789243548333_spa.pdf?ua=1&ua=1, consultado el 29 de septiembre de 2016).

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS, EN MUJERES EMBARAZADAS QUE INICIAN TARDÍAMENTE SU CONTROL PRENATAL.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado paciente, los médicos de año social de la Universidad de El Salvador, estamos realizando una investigación sobre los conocimientos actitudes y prácticas, en mujeres embarazadas que inician tardíamente su control prenatal, por lo cual solicitamos su colaboración en la presente entrevista que tendrá una duración máxima de 20 minutos.

La información obtenida se mantendrá privada y confidencial. Solamente los investigadores tendrán acceso a los datos.

Le agradecemos de antemano su colaboración.

Firma o huella

ANEXO 2: CUESTIONARIO.

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



TEMA: “Conocimientos, actitudes y prácticas, en mujeres embarazadas que inician tardíamente su control prenatal en las unidades comunitarias de salud familiar intermedias de Jucuapa, Usulután, Moncagua, San Miguel, equipo comunitario de salud familiar La Trinidad Chapeltique, San Miguel en el año 2018”

OBJETIVO: Determinar, los conocimientos, actitudes y prácticas en mujeres embarazadas que inician tardíamente su control prenatal en las unidades comunitarias de salud familiar intermedias de Jucuapa, Usulután, Moncagua, San Miguel, equipo comunitario de salud familiar La Trinidad Chapeltique.

Indicaciones: Responder a las siguientes interrogantes.

- Características Generales:

Edad:

- a. Menor de 15 años
- b. De 15 a 24 años
- c. De 25 a 35 años
- d. Mayor de 35 años

Educación:

- a. Ninguna
- b. Parvularia
- c. Básica
- d. Media
- e. Superior

Área:

- a. Rural
- b. Urbana

Estado civil

- a. Casada / unión libre
- b. Soltera
- c. Divorciada

Ocupación:

- a. Estudiante
- b. Ama de casa
- c. trabajo estable
- d. Otros

Número de embarazos previos

- a.1
- b.2
- c.3
- d. Mayor de 3

1. ¿Sabe usted cuál de los siguientes signos indican la posibilidad de que esté embarazada?

- a. Falta de la regla
- b. cambios en los pechos y en la piel
- c. No tengo idea

2. ¿Conoce usted en que consiste el control prenatal?

- a. Sí
- b. No
- c. Se poco del tema

3. ¿Cuál es la importancia del control prenatal?

- a. Detectar anomalías en mi embarazo
- b. No tiene ninguna importancia
- c. Debo hacerlo porque es obligación

4. ¿Cuál fue su principal fuente por la cual supo que debía iniciar un control prenatal?

- a. El personal de salud

- b. Mis familiares
- c. Mis vecinos
- d. Medios de comunicación
- e. Otros

5. ¿Ha recibido alguna información acerca de la importancia de iniciar tempranamente sus controles prenatales una vez confirmado el embarazo por parte de los trabajadores de salud?

- a. Sí
- b. No
- c. No he tenido interés

6. En su opinión el control prenatal se debe realizar en forma temprana

- a. Si
- b. No

7. ¿En qué etapa de su embarazo debe acudir para iniciar su control prenatal?

- a. Antes de los 2 meses
- b. Antes de los 3 meses
- c. Después de los 3 meses
- d. No tiene importancia.

8. ¿En qué etapa de su embarazo acudió a su control prenatal?

- a. Antes de los 2 meses
- b. Antes de los 3 meses
- c. Después de los 3 meses
- d. No tiene importancia.

9. ¿considera que el inicio tardío al control prenatal puede producir consecuencias en su embarazo?

- a. Sí
- b. No
- c. No se

10. ¿Considera importante iniciar tempranamente su control prenatal?

- a. Si es importante.
- b. No es importante.

11. Una vez iniciado el control ¿considera importante asistir a los controles y realizarse los exámenes que el medico indica?

- a. Sí
- b. No
- c. Puede ser

12. ¿Qué acción llevo a cabo en primera instancia al sospechar que estaba embarazada?

- a. Fui a consultar a un establecimiento de salud
- b. Fui a tomarme una prueba de embarazo a un laboratorio particular
- c. No me importo hasta tener más certeza de mi posible embarazo.

13. Una vez confirmado su embarazo ¿fue inmediatamente a iniciar su control prenatal?

- a. Sí
- b. No
- c. No era tan urgente

14. ¿Qué le impidió iniciar su control prenatal de forma inmediata?

- a. La ubicación del establecimiento
- b. Falta de transporte
- c. No quise ir
- d. Otras

15. ¿Cuánto tiempo se demora en llegar al establecimiento de salud más cercano?

- a. De 15 a 30 minutos
- b. De 30 minutos a 1 hora
- c. De una hora a 2 horas
- d. Más de dos horas

16. ¿Cuál es su forma de llegar al establecimiento de salud?

- a. Caminando
- b. Bus

c. Automóvil propio

d. otros

17. ¿Si usted tiene alguna duda respecto al embarazo a quien acude?

a. A sus familiares

b. Al personal de salud

c. Sobador, curandero

d. A nadie

18. Hasta el momento ¿ha asistido puntualmente a todos los controles que se le han indicado?

a. Sí

b. No

c. Casi siempre

19. En un posible embarazo ¿acudiría antes de los 3 meses a consultar al establecimiento de salud más cercano?

a. Si

b. No

c. Lo pensare.

20. ¿Considera usted que al acudir a un establecimiento de salud puede producir un daño a su actual embarazo?

a. Sí, porque al hacerse la citología él bebe corre riesgo de morir en el procedimiento

b. No es bueno para mi embarazo

c. no se

21. En caso personal ¿recomendaría a otras mujeres que como usted puede que tengan alta probabilidad de estar embarazadas, acudir lo más pronto posible a su establecimiento de salud más cercano para tener más certeza de este e iniciar sus controles?

a. Si

b. No

c. Lo pensaría.

ANEXO 3: CLAP

CARNÉ PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS										FECHA DE NACIMIENTO		ETNA		ALEA BETA		ESTUDIOS		ESTUDIO CIVIL									
NOMBRE APELLIDO										año mes día		blanca indígena mestiza negra ota		sí no		sí no		sí no									
DOMICILIO										EDAD (años)		año mes día		sí no		sí no		sí no									
LOCALIDAD										año mes día		sí no		sí no		sí no		sí no									
FAMILIARES PERSONALES										OBSIETRICOS		gestos pe más		abortos		vaginales		nacidos vivos		viven							
ANTECEDENTES										ULTIMO PREVED		partos		cesáreas		nacidos muertos		RINEMBARAZO ANTERIOR									
GESTACION ACTUAL										ES CONFIABLE		PUNAJE		DROGAS		ALCOHOL		V.D.		ANTRUBECULA							
RESO ANTERIOR										RUM		RUM		RUM		RUM		RUM		RUM							
CERVIIX										GRUPO		TOXOPLASMOS		Hb <20 sem		FOLIATOS		Hb >20 sem		OTD - Diag - Tratamiento							
PAP										BACTERIURIA		GLUCOSIA EN URINAS		ESTREPTOCOCCO		PREPARACION PARA EL PARTO		CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA		SIFILIS - Diagnostico y Tratamiento							
CONSULTAS ANTERIORES										dia mes año		edad gest.		PA		altura uterina		peso		signos de alarma, exámenes, tratamientos							
PARTO										ABORTO		HOSPITALIZADO		CORTICOIDES ANTEPARTO		INDICACION		ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO		EDAD GEST. al parto		PRESION SANG. SITUACION		TAMANO FETAL ACORDE		ACOMPANANTE TDP	
NACIMIENTO										MUERTO		hora min		hora min		hora min		hora min		hora min		hora min		hora min			
TERMINACION										INDICACION PRINCIPAL DE INTEROPERATORIO O INDUCCION		EMERGENCIAS		HTA preta		HTA induc		HTA induc		HTA induc		HTA induc		HTA induc			
RECIEN NACIDO										SEXO		PESO AL NACER		EDAD GESTACIONAL		PESO E.G.		APGAR		FALLECE EN LUGAR DE PARTO		PARTO		NEONATO			
DEFECTOS CONGENITOS										EMERGENCIAS		TAMIZAJE NEONATAL		VIRAL		VIRAL		VIRAL		VIRAL		VIRAL		VIRAL			
EGRESO RN										EGRESO MATERNO		MÉTODO ELEGIDO		DIU		DIU		DIU		DIU		DIU					

Patrones de altura uterina e incremento de peso materno según edad gestacional. Una vez anotada la edad gestacional, se la ubica en la grafica y se comparan los valores obtenidos con los curvas P10, P50 y P90 graficados.

ANEXO 4: PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACIÓN.

RUBROS	PRECIO UNITARIO EN USD	PRECIO TOTAL EN USD
PERSONAL		
3 estudiantes egresados de Medicina en servicio social	00.00	00.00
EQUIPO Y SUMINISTROS INFORMÁTICOS		
3 computadoras	400	1,200
1 impresora	80.00	80.00
1 calculadora	10.00	10.00
MATERIALES Y SUMINISTROS DE OFICINA		
6 resmas de papel bond T/carta	5.00	30.00
2 tinta para impresora	22.50	45.00
200 fotocopias	0.04	8
1 caja de lapiceros	0.20	3.00
12 folders	0.25	3.00
1 perforador	3.00	3.00
1 engrapador	2.50	2.50
Anillados	3.00	12
2 correctores (liquid paper)	1.00	2.00
10% de imprevistos		30.00
Gastos variables		20.00
Alimentación		80.00
Transporte		90.00
	GRAN TOTAL	\$1618.5

