



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA MANAGUA – NICARAGUA**



MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA 2005 – 2007

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE “MAESTRA EN SALUD PÚBLICA”

**ABANDONO AL CONTROL PRENATAL DE LAS MUJERES EMBARAZADAS
DEL CENTRO DE SALUD MARÍA DEL CARMEN SALIERON, MUNICIPIO DE
CHINANDEGA, PERIODO OCTUBRE 2006-MARZO 2007**

Autora : Lic. Vilma Rosa Morales García

**Tutora : DRA. BETTY SOTO VÁSQUEZ MD
MSC. SALUD PÚBLICA
DOCENTE INVESTIGATIVA CIES**

Managua, Julio – 2007

ÍNDICE

	Resumen	i
	Dedicatoria	ii
	Agradecimiento	iii
		Pág.
I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	ANTECEDENTES	4
III.	JUSTIFICACIÓN	7
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
V.	OBJETIVOS	9
VI.	MARCO TEÓRICO	10
VII.	DISEÑO METODOLÓGICO	37
VIII.	RESULTADOS	41
IX.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	46
X.	CONCLUSIONES	52
XI.	RECOMENDACIONES	54
XII.	BIBLIOGRAFÍA	56
	ANEXOS	

DEDICATORIA

A Dios arquitecto del universo que me regaló el conocimiento, la fortaleza y la perseverancia para concluir el logro de la meta y el sueño alcanzado.

A mis Padres: Pedro Miguel Morales García y Socorro García Mena, que me dieron el ser, quienes me brindaron el apoyo moral y espiritual, motivándome a continuar adelante en el alcance de los objetivos de mi maestría.

A mis Hermanas de Congregación que siempre me animaron incondicionalmente a continuar adelante, mostrando comprensión cuando no pude acompañarlas en actividades propias de la comunidad.

A mis Compañeros de Estudio: Yarita Reyes Aguirre, Aída Castilblanco Urbina, Ana Mercedes Villanueva Roa, Elvis Ramón Soto, Juan Rafael Sánchez, que me apoyaron en todos los momentos difíciles, de quienes tomé conocimientos, experiencia y el ánimo para seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

A mis Maestros: Alice Pineda W. Jairo Campos, Miguel Orozco, Martha González Moncada, Guillermo González G, Luís Carballo P, Alma Lila Pastora Z, Manuel Martínez M, Pablo Cuadra, Guadalupe Rodríguez, Alejandro Solís. A los maestros horarios, a todos ellos deseo agradecer el aporte que hicieron en mí, para ampliar y consolidar mis conocimientos.

A mi Tutora Dra. Bety Soto Vásquez que me brindó toda la colaboración, tiempo necesario, paciencia para asesorarme en la realización de mi trabajo investigativo.

A todo el personal Administrativo de CIES que me brindaron el apoyo necesario cuando lo solicité.

Al Equipo de Dirección y personal del Centro de Salud “Maria del Carmen Salmeròn” que me brindaron la información y me apoyaron en la recolección de la información, facilitándome las estadísticas para consolidar los datos necesarios.

A las Mujeres embarazadas que me brindaron la información solicitada para este estudio.

Al Ministerio de Salud que me proporcionó la beca, a mi Institución de Trabajo “Hospital Materno Infantil “Mauricio Abdalah” que me facilitaron el tiempo necesario para mis estudios y al personal de enfermería por animarme a llegar a la meta.

RESUMEN

El presente estudio tiene el objetivo de conocer las causas de abandono al control prenatal y los factores asociados al mismo, en el programa de control prenatal en el Centro de Salud “María del Carmen Salmerón” del Municipio de Chinandega.

El estudio es descriptivo de corte trasversal. Se diseñó un formulario de datos con las características que interesaba estudiar y se registraron a través de preguntas directas a las mujeres embarazadas que abandonaron el control prenatal, a la vez se revisó el expediente clínico de las mujeres para conocer el número de controles prenatales que se realizaron las mujeres en estudio.

Los resultados obtenidos fueron procesados en el programa Word, con cruce de variables, representándolos en cuadros y gráficos en el programa antes mencionado. Se excluyeron las mujeres embarazadas que se negaron a brindar la información, mujeres menores de 15 y mayores de 43 y las mujeres de poblaciones asignadas a otro centro de salud.

La población en estudio fueron 50 mujeres que abandonaron el control prenatal en el centro de salud “María del Carmen Salmerón”. El total de mujeres que asistieron en el período de Octubre 2006 a Marzo 2007 fue de 120 mujeres, de ellas abandonaron el 41.6% (50).

Los resultados revelaron que la mayoría de las mujeres que abandonaron el control prenatal sus edades oscilan entre los 15-19 años seguidas de las de 20 a 25 que sumadas representan el 58%, lo que las convierte en mujeres con embarazos de alto riesgo sobre todo para las adolescentes que por su condición de inmadurez las hacen proclive a presentar mayores complicaciones en el embarazo, lo que está suficientemente soportado por la teoría.

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial medio millón de mujeres mueren al año por causa asociadas al embarazo, parto o puerperio. El 99% de estas muertes ocurren en países pobres.

Cada año se reportan a nivel mundial cerca de 8 millones de muertes Perinatales relacionadas con los mismos factores que causan muertes, discapacidad materna y otros factores de riesgo como: ser de sexo masculino, bajo peso al nacer, baja escolaridad de la madre, intervalo entre hijos menores de un año y baja cobertura de los controles prenatales

En América Latina cerca de 22,000 mujeres mueren anualmente por estas causas que representan el 4% de las muertes totales. El riesgo de morir aumenta 30 veces más para las mujeres embarazadas que viven en países subdesarrollados, con relación a las mujeres que viven en regiones desarrollados. Las muertes se deben a causa obstétricas directas, como hemorragia, Sepsis, Aborto inducidos e inseguros. Por cada mujer que muere, otras 30 sobreviven con algún tipo de complicaciones.¹

Nicaragua en la actualidad cuenta con 5, 142,098 habitantes, según datos de INEC – 2005, con una población predominantemente joven, el 58.4% comprende las edades de 15 – 64 años. De esta el 50.7% son del sexo femenino y el 49.3. % del sexo masculino.²

La tasa de muerte materna en Nicaragua constituye uno de los principales problemas de salud pública, según los datos del Ministerio de Salud la tasa de mortalidad materna ha oscilado en los últimos diez años. En 1993 se reporta una tasa de 98 x 100,000 Nacidos Vivos registrados, posterior a la implantación del Sistema de vigilancia de la mortalidad materna 1996 el indicador sufre un incremento, de 106 x 100,000 Nv y en 1999 se reportan 174 muertes con una tasa

de 118 x 100,000 Nv, en datos preliminares del año 2000 se reportan 139 muertes maternas para una tasa de 87 x 100,000 Nv. En el año 2002 más del 50% de las causas son de origen obstétrico, siendo la más importante la hemorragia Post parto.

De acuerdo a diversos estudios la mayor parte de las muertes maternas pudieron prevenirse con un adecuado seguimiento del embarazo. Sin embargo, según datos del MINSA para el 2001, la cobertura del control prenatal fué del 70%, cifra menor que las coberturas alcanzadas en 1,999 – 2,000.

De las mujeres que acudieron a realizarse control prenatal, el 70% recibió 4 controles o más, el 61% lo recibió en el Primer Trimestre; sin embargo, por razones de acceso geográfico, funcional y cultural, la mayor utilización de cuidados prenatales se continúan dando en mayor proporción en las zonas urbanas con relación a las zonas rurales del país donde precisamente se observan los mayores índices de pobreza, analfabetismo, inaccesibilidad a los servicios básicos de la población.³

Respecto a la atención del parto, actualmente una tercera parte de los partos ocurren en el Hogar, atendidos por personal no calificado y representan un 70.4%. En cambio las mujeres que pertenecen al 20% con mayor capacidad de consumo, el parto atendido en el hogar fue de 3.3%.

La atención diferenciada depende del nivel socio económico de la embarazada, ya que las mujeres que pertenecen al sector más pobres solo el 27.1% fue atendido por ginecoobstetra y de las mujeres que tiene mayor capacidad de ingresos económicos fueron atendidos por un médico gineco obstetra el 95%.

El estudio describe las principales causas de abandono al control prenatal, las características socio – demográficas de las mujeres, los principales factores

que influyen en el abandono, conocer la percepción de ellas en relación a la atención durante el control; con el propósito de presentar al personal de salud los resultados, conclusiones y recomendaciones para mejorar la organización y calidad de atención, y a las mujeres embarazadas sensibilizarlas sobre la importancia de la realización de controles prenatales institucionales de manera oportuna que permitan prevenir complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, a fin de mejorar su situación de salud. ¹

1.¹ UNICEF Salud materno Infantil, año 2005 Pág.7.
2. INEC 2005, MINSA, Plan nacional de salud 2004-2015, año 2004

II. ANTECEDENTES

En América Latina cerca de 22.000 mujeres mueren anualmente por causas asociadas al embarazo, parto, puerperio, causas que representan el 4% de las muertes totales. El riesgo de morir aumenta 30 veces más para las mujeres embarazadas que viven en países subdesarrollados, con relación a las mujeres que viven en países desarrollados. 4

De acuerdo a diversos estudios la mayor parte de las muertes maternas pudieron prevenirse con un adecuado seguimiento del embarazo. . A pesar que el Control Prenatal significa una oportunidad para identificar los factores de riesgo, cerca del 15% de las mujeres embarazadas que acuden al hospital y que presentan complicaciones que ponen en riesgo su vida y la del niño, no acudieron a una unidad de salud para controlarse. 5

Estudio publicado en revista de gineco-obstetricia, describe que los factores relacionados al control prenatal, son el domicilio lejano, desempleo, desconocimiento de la importancia del control prenatal, ambiente inadecuado de la consulta y la ubicación lejana del centro de salud. 6

La secretaría de salud de México, en un estudio realizado en el primer nivel de atención sobre utilización adecuada de la atención prenatal en el primer nivel de atención, concluye que la utilización adecuada de los servicios para atención prenatal sigue siendo baja a pesar de las acciones emprendidas en el ámbito local y promovido como programa a nivel institucional. Con la orientación, educación, la organización y la calidad de atención, se puede lograr mayor y mejor utilización ya que ello disminuirá la morbilidad materno infantil y mejorará los resultados del embarazo.7

En Nicaragua desde los años 80 el Ministerio de Salud ha venido implementando acciones dirigidas al control y prevención de la mortalidad materno y perinatal a través del control y seguimiento a las mujeres durante el embarazo, a fin de garantizar un fin óptimo; sin embargo, a pesar de las existencias de estas estrategias, encontramos a un grupo de mujeres que no asisten a estos controles y/o asisten tardíamente pero posteriormente abandonan el control prenatal. Este es un problema de salud pública, dado que incrementa la morbi mortalidad materno infantil.

Aún en las malas condiciones económicas que atraviesa nuestro país, por ser una región Sub-desarrollada, los diferentes gobiernos han venido priorizando este programa en las políticas de salud, pero aún así los abandonos de las mujeres continúan dándose.

Según ENDESA 2,001, los embarazos no tuvieron control prenatal y la calidad de los que las recibieron es diferenciada, ya que 67% de los mismos fueron realizadas por un médico (46.8% general y 20.2% por un ginecólogo), mientras que el 18.5% fue atendido por una enfermera, el resto por una enfermera o Comadrona (1%), sin embargo, cuando se comparan las mujeres pertenecientes al 20% de menores ingresos con el 20% de mayores ingresos, refleja que en las mujeres embarazadas más pobres, el 40% recibieron 2 ó más visitas y el 43.3% recibió atención por un profesional, en tanto el 79.7% de las mujeres embarazadas con mayor nivel económico recibieron 2 ó más visitas y el 82.1% fue atendida por un profesional de la Salud.

Según estudios realizados en Nicaragua en el año 1992 por Pineda Withaker .Alice, sobre factores asociados al abandono del Programa de Control Prenatal en el SILAIS Central Managua, se encontró que los factores asociados al abandono se deben a traslado a hospitales, cambio domiciliario, aborto, cambio a clínicas privadas, seguida de crisis familiar e insatisfacción con la atención por falta de equipos, horario de atención.

Otro estudio realizado en el mismo año, por Gadea Pérez Adilia y Morales .Silvia, en el SILAIS Oriental y Occidental sobre factores asociados al abandono del control prenatal de las embarazadas captadas en el primer y segundo trimestre de gestación, encontraron que estos factores están asociados a la organización de los servicios de salud y a la accesibilidad de los mismos.

En el Centro de Salud “María del Carmen Salmerón” del Municipio de Chinandega, garantiza atención gratuita a la población priorizando a la mujer y al niño e implementa en la mayoría de sus unidades la metodología de gestión de calidad y organiza actividades de seguimiento para el abandono de las mujeres embarazadas al programa, sin embargo no se había realizado estudio que reflejara las causas por lo que las mujeres abandonaron sus controles, por esta razón se considero de suma importancia investigarlas.

III. JUSTIFICACIÓN

El control prenatal significa la vigilancia y evolución del embarazo de una gestante, a través de consultas periódicas dentro de los nueve meses de gestación con el objetivo de detectar los riesgos, prevenirlos y solucionarlos.

Para el Ministerio de salud las normas de atención y control prenatal van desde lo más complejo que se aplica en el segundo nivel de atención para las gestantes ARO, hasta lo más sencillo en Centros y Puestos de salud de baja complejidad para embarazadas normales y de bajo riesgo y en la comunidad por parteras adiestradas.

El cuidado prenatal adecuado además de garantizar el control de la evolución del embarazo permite asegurar a la usuaria, educación relacionada con hábitos de higiene, alimentación, consejería: indicación de complementos vitamínicos, antitetánica y completamiento de exámenes reglamentados, identificar riesgos a fin de referirla al nivel de mayor resolución.

Según las estadísticas del año 2006, del Municipio de Chinandega y fuentes de datos del SILAIS, la cobertura en los controles prenatales no ha sido cumplido en su totalidad y esto también se evidencia cuando se realizan análisis de mortalidad y se identifican que no acudieron oportunamente a realizarse su control y en algunos casos después de un primer contacto abandonaron los servicios de salud, aunque no existen investigaciones de las razones reales, el equipo de trabajo ha realizado algunas actividades para disminuir esta realidad, encontrándose que aun persiste.

En presente estudio se realizó en el Municipio de Chinandega en el Centro de Salud María del Carmen Salmerón en el Programa de Atención Integral a la mujer, donde se encuentran registradas 120 mujeres que asistieron al control prenatal durante el periodo Octubre 2006-Marzo 2007 de éstas el 41.6% (50) abandonaron el control prenatal, esta es la razón que me motivó a realizar el estudio para identificar las posibles causas que llevan a las mujeres embarazadas a abandonar el control prenatal.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las principales razones de abandono al Control Prenatal de las mujeres embarazadas del Centro de Salud María del Carmen Salmerón del Municipio de Chinandega durante el periodo Octubre 2006 a Marzo 2007?

A partir de la pregunta de estudio se derivan los siguientes cuestionamientos

¿Cuáles son las características socio demográficas de las mujeres embarazadas que abandonaron el control prenatal en el centro de Salud María del Carmen Salmerón?

¿Cuáles son los principales aspectos que pueden influir en el abandono del control prenatal de las mujeres embarazadas del Centro de Salud “Maria del Carmen Salmerón” del Municipio de Chinandega?

¿Cuál es la Percepción de atención recibida de las mujeres embarazadas que asisten al control al Prenatal en el Centro de Salud “Maria del Carmen Salmerón” del Municipio de Chinandega?

V. OBJETIVOS

General

Describir las principales razones de abandono al Control Prenatal de las mujeres embarazadas del Centro de Salud María del Carmen Salmerón del Municipio de Chinandega, en el Período Octubre 2006 a Marzo del 2007.

Específicos

1. Describir las características socio - demográficas de las mujeres embarazadas que asisten al Centro de Salud “Maria del Carmen Salmerón” del Municipio de Chinandega.
2. Identificar los principales factores que pueden influir en el abandono de las mujeres embarazadas en relación al Control Prenatal brindado en el Centro de Salud “Maria del Carmen Salmerón” del Municipio de Chinandega.
3. Conocer la percepción de las mujeres embarazadas al momento del proceso de atención que se les brinda en el Centro de Salud “Maria del Carmen Salmerón” del Municipio de Chinandega.

VI. MARCO TEÓRICO

“Ser hombre o mujer es una variable fundamental que determina diferencias a todos los niveles.”

Desde el punto de vista biológico cada vez se documentan con mayor claridad las diferencias en aspectos que no tienen una asociación directa con los aparatos reproductivos, tanto a nivel molecular, celular, cerebral o inmunológico, como de funcionamiento sistémico, de la conducta y el aprendizaje, y por lo tanto a nivel de la salud en general, estas diferencias no habían sido tomadas en cuenta de manera sistemática en la práctica médica clínica, ni por la epidemiología, la investigación o el quehacer de la salud en general, pues hasta muy recientemente las ciencias de la salud han descubierto y reconocido estas diferencias.

Sin embargo, sin duda las que han sido menos consideradas como factores que impactan de manera diferencial la salud de mujeres y hombres, y las menos reconocidas como fuente de inequidad y de desventaja para las mujeres, son las diferencias sociales entre hombres y mujeres; las diferencias en la forma de educar a ambos, en la forma de relacionarse y en las posibilidades de acceso a los bienes y servicios, esto es, las diferencias de género.

Esta situación ha implicado que, tanto por razones de ignorancia respecto a las particularidades de mujeres y hombres desde el punto de vista biomédico, como por las desventajas que los roles de género han impuesto a las mujeres, se requiera dar un giro importante y significativo en las políticas de salud, a través de acciones afirmativas que compensen las inequidades existentes respecto a sus condiciones de salud, y que además consideren la complejidad del binomio mujer y salud, atendiendo también su situación laboral como trabajadoras dentro del sector, y como proveedoras de servicios a nivel doméstico y comunitario.

La incorporación de la perspectiva de género por parte de los tomadores de decisiones en las políticas públicas en general y de salud en particular, ha sido defendida por algunas académicas de los estudios de género y por organizaciones

de la sociedad civil, con el argumento de que existen tres fuentes de inequidad por género en el mundo:

- ✓ la primera fuente la constituyen las normas y los valores vinculados con lo masculino y lo femenino (la concepción de la sexualidad, segregación de la mujer, etc.), los cuales a pesar de que pueden modificarse, han constituido una fuente constante de inequidad.
- ✓ la segunda fuente, son las inequidades derivadas directamente del género, que restringen el desarrollo equitativo de las personas (división sexual del trabajo, roles, etc.)
- ✓ La tercera fuente, corresponde a los agentes externos, las instituciones familiares, legales, laborales, educativas y de salud, que pueden o no legalizar, legitimar y perpetuar la discriminación.

Es indispensable crear un contexto jurídico y sociocultural que elimine toda forma de discriminación y que promueva prácticas de equidad y respeto por las personas que permitan, a su vez, a los individuos y los diversos grupos de la sociedad, especialmente los más marginados, llevar a cabo cambios a nivel de su comunidad, familia y persona.

Se ha documentado en diversos países y contextos que, cuando no se dan ciertos cambios institucionales, las decisiones individuales son muy costosas y pueden inclusive dejar a la persona en una condición de menor empoderamiento. El empoderamiento se refiere a la capacidad para exigir o alcanzar un estatus que legítimamente le corresponde a una persona, y se le ha negado, y una manera de definirlo en términos operativos es hacer referencia a la posibilidad de las personas para tomar decisiones estratégicas y elegir vivir su vida de la manera que desean vivirla.

La incorporación de la perspectiva de género en el sector salud representa sumarse a un esfuerzo por promover cambios que den origen a relaciones más democráticas en la interacción entre hombres y mujeres, y entre estos y las instituciones, en especial en los ámbitos de la prestación de servicios de salud, la construcción del conocimiento y la tecnología relacionadas con la salud-

enfermedad así como del uso de la violencia en la resolución de conflictos, del comportamiento sexual y las responsabilidades derivadas de la reproducción, en virtud de que todas estas acciones podrían derivar en mejores condiciones de salud para hombres y mujeres.

Mujer y Embarazo

La participación de la mujer es decisiva en el desarrollo social y económico de todos los países. La salud y bienestar de la mujer son de mucha importancia para ellas mismas, la familia y la comunidad, además representa una condición decisiva para las generaciones futuras.

El embarazo es una condición normal y, en la mayoría de las situaciones, no debe abordarse como un problema o enfermedad.

Antes del desarrollo de la medicina moderna, muchas madres y sus bebés no sobrevivían al embarazo y a los procesos de nacimiento. En la actualidad, el buen cuidado prenatal puede mejorar significativamente la calidad del embarazo y el pronóstico tanto para el bebé como para la madre.

Los profesionales en salud familiar o médicos generales son eficientes para manejar las mujeres a través de embarazos y partos normales y en caso de que identifique un embarazo anormal, el médico general remitirá a la paciente a un especialista en obstetricia.

**Programa de Acción:
Mujer y Salud (PROMSA)**

Políticas de salud

El Ministerio de Salud, dentro de los lineamientos generales de la Política Nacional de Salud, 2004-2015, tiene como objetivo lograr un cambio de la situación de salud de las personas, familia, comunidad y su entorno ecológico y social.

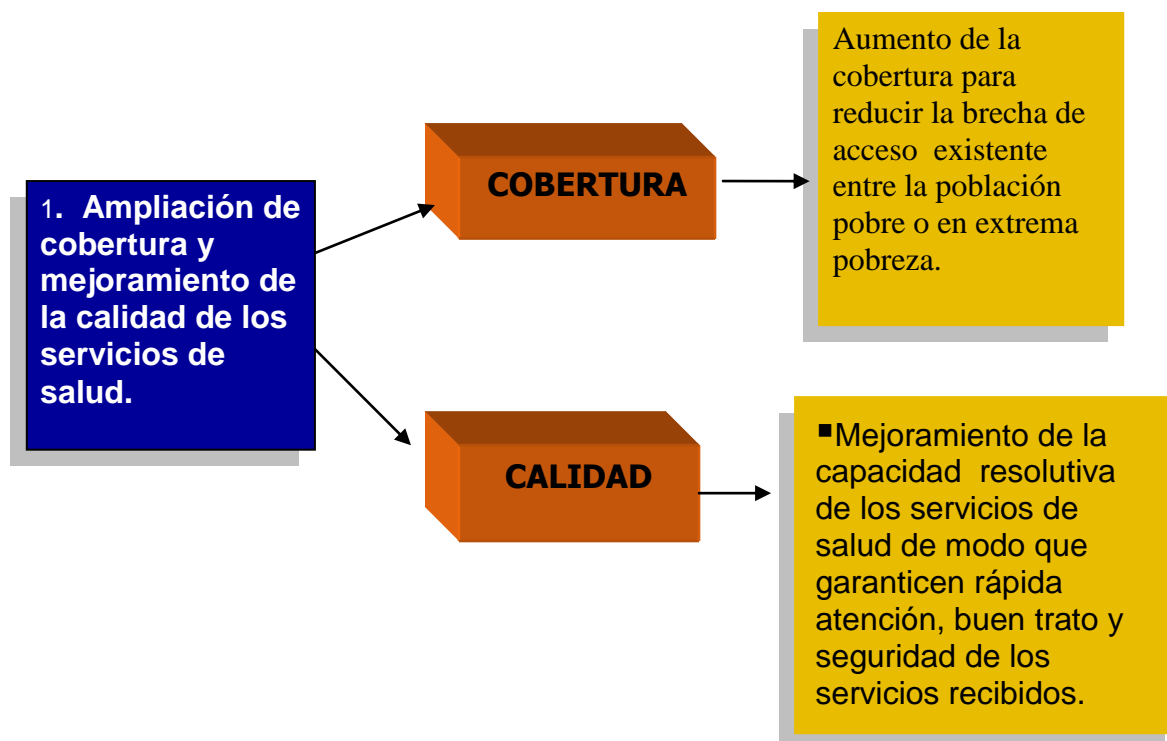
Entre las metas de de salud 2004-2015 esta, aumentar la sobrevivencia y calidad de vida en las mujeres en edad reproductiva, con énfasis en los grupos de riesgo: adolescentes, jóvenes, mujeres con problemas de desnutrición del área rural de mayor pobreza; la Meta Nacional es reducir la tasa de mortalidad materna en $\frac{3}{4}$ al 2015 con respecto al año 2004.

En su objetivo específico No. 4.3 señala implementar el modelo de atención integral en salud (MAIS) en todos los SILAIS del país; en la meta nacional implementarlo con la participación de los diferentes proveedores de servicio, tanto públicos como privados.

La política Nacional de Salud parte del concepto que el fomento de la salud es una inversión en desarrollo humano, que contribuye directamente al crecimiento económico y reducción de la pobreza. Por otra parte se considera que la inversión en salud no se limita a los esfuerzos y recursos que se utilizan en la provisión de servicios, sino que implica las acciones, servicios y productos brindados a la población desde las distintas instituciones y organizaciones que integran el sector.



Dentro de las 7 políticas que el Ministerio de Salud se ha propuesto para el período 2004 – 2015, la primera política planteada es la “Ampliación de cobertura y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud”, y dentro de sus áreas de intervención está el “Aumento de la cobertura para reducir la brecha de acceso existente entre la población pobre o en extrema pobreza y Mejoramiento de la capacidad resolutiva de los servicios de salud de modo que garanticen rápida atención, buen trato y seguridad de los servicios recibidos



Para el cumplimiento de la Política y el Plan Nacional de Salud, éstas estarán fundamentadas en lo siguiente:

a. PRINCIPIOS

- ✓ Universalidad
- ✓ Equidad
- ✓ Integralidad
- ✓ Continuidad
- ✓ Calidad
- ✓ Complementariedad
- ✓ Solidaridad

b. EJES TRANSVERSALES

- Equidad de género
- Participación social

Mortalidad Materna

Toda mujer debe tener acceso al cuidado materno básico durante el Embarazo y el parto. Estos cuidados comprenden la atención prenatal de calidad y un parto limpio y seguro dentro de otros.

La muerte de una mujer por causas provenientes por el embarazo, del parto o del aborto, es el reflejo del grado de desarrollo de un país, expresa importantes inequidades provenientes de la condición de subordinación de las mujeres, así como las dificultades que enfrentan en las sociedades más tradicionales. Debe ser motivo de preocupación de la sociedad y de sus instituciones, especialmente las relacionadas con la salud, el hecho que la gran mayoría de las muertes que ocurren pudieron ser evitadas en el 95% de los casos aun con las limitaciones relacionadas con los recursos humanos, administrativos, científicos y tecnológicos con que cuentan las instituciones.

La mortalidad materna en Nicaragua, al igual que en todos los países en vía de desarrollo ocurre principalmente en las mujeres pobres o extremadamente pobres.

En análisis relacionado con Mujer, Salud y Desigualdad, describe: Que el porcentaje de población femenina en Centro América es de 74%, siendo el estrato de edad de 15 a 49 años quien tiene mayor porcentaje 53%, seguido por el estrato menor de 15 años con un 32%.

Al tener una población altamente joven en edad reproductiva, se requiere de estrategias en: educación, salud reproductiva, servicios con calidad orientados a la salud de la mujer y por consiguiente el fortalecimiento de los programas para la niñez.

Nicaragua representa el 50% de su población femenina en edad de 15 a 49 años.

La tasa de fecundidad en Centro América es de 2.7 nacidos por mujer, presentándose un 70% de uso de métodos de planificación familiar en mujeres casadas. En Centro América el 7% de las mujeres entre 15 y 19 años dieron a luz a su primer hijo en el primer año de actividad sexual.

Nicaragua está presente en el segundo estrato de mayor cantidad de nacidos por mujer con un porcentaje alto de planificación familiar.

Las adolescentes que dan a luz en su primer año de actividad sexual es el 7% en Centro América.

Nicaragua presenta el porcentaje más alto en Centro América 13%, solo superado a nivel mundial por Somalia y Liberia.

Los nacimientos atendidos por personal calificado: La mayor parte de los informes mundiales coinciden que el incremento de número de partos atendidos por personal calificado es uno de los factores que han contribuido a disminuir la mortalidad materna.

Para Centro América este porcentaje es de 77 % siendo Guatemala y Honduras los que tienen el menor porcentaje de atención por personal calificado.

Desigualdades, en Nicaragua el porcentaje de partos atendidos por personal con capacitación médica: el quintil más pobre es 78, quintil intermedio 95, quintil más rico 99.

Probabilidad de muertes por causas maternas; la probabilidad de morir por causas relacionadas con la maternidad en Centro América es de 1 en 239. Nicaragua y Guatemala presentan las probabilidades más altas, siendo para Nicaragua 1 en 88 y 1 en 74 para Guatemala.

En Nicaragua el porcentaje de mujeres embarazadas que han tenido tres o más controles prenatales por quintil de bienestar es la siguiente: quintiles más pobres 58, quintil intermedio 83 y quintil más rico 93.

Mujeres en la economía del país. El porcentaje de mujeres económicamente activas para Centro América es el 38%, para fuerza de trabajo no agrícola es de 37%.

Nicaragua y Guatemala presentan los menores porcentajes de mujeres económicamente activas, menores de 15 a 34 años.

Es importante mencionar que en Nicaragua, muere una mujer cada dos días, más de 100 en el año, este hecho ocurre especialmente en mujeres que residen en zonas de difícil acceso, con muchos hijos. Estas muertes afectan también la sobre vivencia de los menores de 5 años. Cada año mueren 2.000 mil niños menores de un año, 1.200 neonatos y 1.000 muertes fetales, (óbitos) en promedio por año.

Dentro de las causas de defunción materna se encuentran las hemorragias, infecciones, trastornos hipertensivos, partos distócicos, abortos peligrosos, la razón fundamental por que persisten esas causas es por que no hay atención disponible o que es inaccesible o de calidad deficiente.

Existen cuatro causas sistémicas de muerte neonatal:

1. Pobres cuidados antes del embarazo.
2. Inadecuado cuidado en el embarazo.
3. Inadecuado cuidado del parto.
4. Inadecuados cuidados en el pos parto.

La Conferencia Internacional sobre maternidad sin riesgo, llevada a cabo en 1987, convocada por OPS / OMS, lanzó la iniciativa mundial por una Maternidad Segura, la vigilancia de la mortalidad materna fue declarada una prioridad nacional

en los planes de salud en muchos de los países del mundo. Esta iniciativa fue basada en la preocupación de que cada año mueren 585,000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y postparto, proceso que se describe como saludable y normal. Además ocurren casi 8 millones de muertes neonatales tempranas y de nacidos muertos, estos ocurren como consecuencia de los mismos factores que causan la muerte y la discapacidad en la madre. Entre los principales factores que condicionan la elevada morbilidad y mortalidad materna infantil, se encuentra: factores socio económicos, inadecuadas condiciones de higiene, alto riesgo reproductivo, alto riesgo obstétricos y los factores asociados a la deficiente calidad de la atención.

En Nicaragua el Ministerio de salud es la institución que tiene la responsabilidad por mandato de la Ley General de Salud vigente y que ya esta incluida dentro de la Política Nacional de Salud 2004-2015, desarrollar los componentes de promoción, prevención, atención y recuperación de la salud y en el caso particular de las mujeres en estado de embarazo tiene que asegurar su atención prenatal.

Esta institución impulsa acciones tendientes a dar cumplimiento a los acuerdos internacionales que contribuyen a mejorar la salud de las mujeres, la familia y la niñez, en un marco del desarrollo de la salud humana, mediante acciones concretas en el ámbito de la salud integral y especialmente en la salud reproductiva.

Como citamos anteriormente el Ministerio de Salud a través de la Política Nacional de Salud elaboró el Plan Nacional de Salud en el que incorpora el Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) entendido como la asistencia sanitaria esencial en el cual se define como métodos y tecnologías científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas, puestas al alcance de los individuos, familia y comunidad mediante su plena participación y a un costo que el país pueda soportar con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.

Esta nueva reforma en el Ministerio de salud conlleva a una reorganización de los servicios con el fin de mejorar la calidad en la oferta de la atención, generando iniciativas de cambio en la cultura y estructura del sector salud para satisfacer necesidades priorizadas y contribuir a mejorar la calidad de vida.

Otro propósito de este modelo es responder a las expectativas de la población en relación al aspecto no médico de los servicios: atención de calidad, calidez, respeto a las personas y orientación al usuario.

El Equipo de Dirección del SILAIS de Chinandega con sus respectivos municipios, preparan las condiciones en las unidades de salud para implementar el nuevo modelo de atención.

En el Municipio de Chinandega la población general es de 153,669 habitantes de los cuales 42,271 son mujeres en edad fértil. En la unidad de salud donde se realizó el estudio las mujeres en edad fértil son 6,652 de una población de 24,159 habitantes. Los embarazos esperados en el 2006 fueron de 628, de las cuales por múltiples factores no acuden a sus citas o abandonan sus controles prenatales, repercutiendo negativamente en su estado de salud y en su estabilidad emocional.

Organización de los servicios.

Se orienta a que toda persona que reciba una atención integral, independientemente del motivo de consulta el personal debe realizar acciones integrales asegurando que toda persona, mujer y niñez reciba todos los servicios necesarios esto implica que todo trabajador de la salud que brinda la atención practique el proceso de integración de las diferentes normativas de atención del programa.

Todos los servicios se deben ofertar en forma simultánea para que las embarazadas, no regresen de nuevo a otra consulta, de esta manera se lograra resolver la mayoría de los problemas en una sola visita, identificándose aquellos que requieran de una atención especializada en otro nivel de mayor resolución.

Cuidado Prenatal

El cuidado prenatal adecuado incluye:

- ✓ Buenos hábitos nutricionales y alimenticios antes del y durante el embarazo
- ✓ Exámenes prenatales según norma, para detectar problemas tempranos
- ✓ Ultrasonidos para detectar anomalías y problemas fetales
- ✓ Exámenes de rutina para detectar:
 - enfermedades de transmisión sexual
 - inmunidad para rubéola
 - problemas de incompatibilidad sanguínea (Rh y ABO)
 - diabetes
 - trastornos genéticos si hay antecedentes familiares o la edad de la madre indica la necesidad
 - anomalías en la presión arterial
 - proteína urinaria

Las metas principales del cuidado prenatal son:

- ✓ Vigilar a la mujer embarazada y al feto durante el periodo de gestación.
- ✓ Identificar cualquier factor que pudiera cambiar el panorama del embarazo de normal a un embarazo de alto riesgo
- ✓ Explicar los requerimientos nutricionales
- ✓ Explicar las recomendaciones o restricciones de la actividad
- ✓ Abordar algunas molestias comunes que pueden aparecer durante el embarazo (por ejemplo, dolor de espalda, dolor articular, náuseas, acidez, dolor de cabeza, frecuencia urinaria, calambres en las piernas y estreñimiento) y la forma de tratarlas preferiblemente sin medicamentos

Aproximadamente el 10% de los embarazos conocidos termina en aborto espontáneo, generalmente durante el primer trimestre hasta un 50 a 70% de todas las concepciones terminan espontáneamente incluso antes de que la persona

sepa de su estado de embarazo. Muchos de estos casos se presentan debido a que hay un problema con el feto en desarrollo.

Complicaciones

Las situaciones anormales o peligrosas para la salud de la madre o el feto se pueden presentar hasta en el 20% de los embarazos.

Situaciones que requieren asistencia médica. Se debe buscar asistencia médica si se sospecha un embarazo, si la mujer está actualmente embarazada y no está recibiendo atención prenatal o si es incapaz de manejar las molestias comunes del embarazo sin medicamentos.

Igualmente, se debe buscar asistencia médica cuando la mujer sospecha que está embarazada y está bajo medicamentos para la diabetes, enfermedad tiroidea, convulsiones o presión sanguínea alta. También si la persona ha estado expuesta a enfermedades de transmisión sexual, químicos, irradiación o contaminantes poco comunes y si durante el embarazo actual presenta fiebre/escalofríos o dolor con la micción.

Es urgente buscar asistencia médica si la persona está embarazada y nota cualquier sangrado vaginal, si las membranas se rompen ("ruptura de la fuente") o se experimenta trauma físico o emocional severo.

Se entiende por control Prenatal (Vigilancia prenatal, asistencia prenatal, cuidado prenatal, acompañamiento prenatal, consulta prenatal) a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño.

En el control prenatal se persigue: La detección de enfermedades maternas subclínicas, la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones maternas, la vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal, la disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo, la

preparación psicofísica para el nacimiento, la administración de contenidos educativos para la salud de la familia y la crianza del niño. 8. Schwarcz.

Antecedentes del embarazo:

El examen de toda embarazada deberá comenzar con un cuidadoso interrogatorio:

La anamnesis de los datos de identificación, caracterización, socioeconómica, antecedentes familiares, personales, ginecológico y peri natales.

Nivel socioeconómico y educacional: La fuerte asociación existente entre malos resultados peri natales y bajo nivel socio económico y educacional obliga a considerar estos últimos datos toda vez que se evalúa el riesgo de la gestante. El deterioro socio económico y el bajo nivel de educación se asocian a un bajo número de consultas prenatales, a familias más numerosas, hacinamiento, mayor porcentajes de embarazadas que realizan trabajo manual, al mantenimiento de la actividad laboral hasta épocas más avanzadas del embarazo, a mayor nivel de instrucción y a una mayor frecuencia de gestaciones prematrimoniales.

Edad materna y paridad: en general se consideran a las embarazadas de 20 a 30 años con el grupo etáreo de menor riesgo perinatal, la mortalidad fetal y neonatal aumenta tanto en las madres adolescentes como en las que tienen más de 35 años.

Primiparidad precoz: se considera cuando el primer parto ocurre antes de los 17 años. De los 12 a 14 años de edad puede existir maduración y estallido folicular y por lo tanto fecundación, pero el embarazo sorprende a la joven con un aparato genital insuficientemente desarrollado, infantil, puede haber aborto o partos prematuros por mala adaptación del útero a su contenido. En el parto puede sobrevenir distocia por falta del desarrollo pelviano y en el alumbramiento originarse anomalías por deficiencia de la contracción uterina.

Primiparidad tardía: cuando la mujer tiene su primer parto después de los 30 años, se le rotula primípara añosa o atempata. El útero, que durante tantos años ha estado recibiendo periódica y clínicamente influjos nerviosos y hormonales, va perdiendo su normalidad fisiológica. Las fibras musculares dejan de tener sus propiedades fundamentales: elasticidad y contractibilidad al sufrir degeneración fibrosa.

Antecedentes Familiares: se trata de saber si en las personas vinculadas por parentesco de primer grado a la embarazada y su cónyuge existen cuadros como diabetes, tuberculosis, hipertensión o embarazo múltiples en la rama materna, que obliguen a tomar medidas especiales de diagnóstico y tratamiento de la gestante.

Antecedente personales: se toma en consideración las enfermedades clínicas y las intervenciones quirúrgicas que la embarazada haya padecido y su evolución. En todo caso es imprescindible evaluar el grado de secuela que el cuadro puede haber dejado y que puede repercutir desfavorablemente sobre el embarazo.

Antecedentes ginecológicos: las afectaciones ginecológicas y las intervenciones pueden ser causa de modificación de conductas en la atención, por lo que deben ser cuidadosamente pesquisadas.

Antecedentes obstétricos: los datos relativos a los partos anteriores tienen un valor inapreciable para el pronóstico. Hay una tendencia a que el riesgo se manifieste en forma similar al antecedente que lo agrava. La probabilidad de tener un parto de niño de bajo peso es un 50% mayor cuando existe otro caso en el embarazo inmediato anterior.

Se investigará el número de gestaciones y el de partos anteriores, es necesario conocer la terminología para ser preciso en la redacción de las historias clínicas. Si es la primera gravidez, se denomina primigesta; si ya tuvo otras gestaciones, se le denomina multigesta. Se ha de precisar el número de parto vaginales, para rotularlo como nulípara, primípara o múltipara. Una mujer puede

ser multigesta y nulípara (si solo tuvo abortos) y si la paciente a dado a luz mediante operaciones de cesárea, también se incluyen en las nulíparas.

Intervalo intergenésico: Es el período comprendido entre la finalización del último embarazo (parto o aborto) y el inicio de la actual, cuanto menor es el intervalo intergenésico, mayor es la incidencia de niños de bajo peso, de niños con exámenes neurológicos anormales al año de vida y de mortalidad perinatal. Es necesario precisar la fecha de terminación del último embarazo, si ha habido embarazos que se han interrumpido antes de tiempos (abortos, partos y parto prematuros).

Embarazo actual: Se interrogará de forma precisa acerca del primer día y el mes de la última menstruación y si estos datos son confiables, ya que a partir de ellos se calcula la edad del embarazo y la fecha probable de parto, no debe confundirse con hemorragias del primer trimestre.

Del valor de la fecha de la última menstruación depende la normalidad del ritmo menstrual. Este puede estar modificado por el uso de medicación anticonceptiva.

✓ **Accidentes y complicaciones del embarazo actual:** es necesario interrogar sobre los diversos trastornos ocurridos durante el embarazo. Los vómitos simples o emésis grávidas no influyen sobre el apetito, se producen sin esfuerzo, no dejan malestar, ni tienen repercusión manifiesta sobre el estado general.

✓ **La constipación es común** en la mujer durante el embarazo por influencias hormonales, insomnio, mareos, neuralgias, calambres, parestesia. Frecuente la polaquiuria que aparece precozmente en el embarazo, es necesario interrogar sobre al presencia de sangrado vaginal, tratando de que la paciente precise la fecha, duración, cantidad y aspecto. 8 Schwarcz-

Estructura de la organización de la atención prenatal según normas del MINSA y el modelo de atención integral a la mujer, niñez y adolescencia.

El control prenatal debe de ser eficaz y eficiente, esto significa que la cobertura debe ser máxima (sobre el 90 % de la población obstétrica), y que debe cumplir con cuatro requisitos básicos que se describen posteriormente.

Precoz: Debería incidir en el primer trimestre del embarazo. Esto permitirá la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. En Nicaragua las normas de captación de control prenatal establecen una cobertura de 60% en el primer trimestre, el 30% en el Segundo Trimestre y 10% en el tercer trimestre.

Periódico: La frecuencia dependerá del nivel de riesgo médico, social y psicológico.

Completo: Las consultas prenatales deben de ser completas en contenido de evolución del estado general de la mujer, de la evolución del embarazo y de los controles e intervenciones requeridas, según edad gestacional.

Amplia Cobertura: Cada territorio debe de conocer a todas las embarazadas y los embarazos esperados. Lo ideal de las metas sería controlar el 100% de las mujeres embarazadas.

En general para realizar un control prenatal efectivo ambulatorio no es necesario tener instalaciones con altos costos y tecnologías sofisticadas, pero si se requiere del uso sistemático de una historia clínica que recolecte y documente la información pertinente y tecnologías accesibles que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor que el esperado.

Un control prenatal adecuado en cantidad, calidad contenida y oportunidad, diferenciado acorde al riesgo, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva.

El control prenatal aplicado en forma rutinaria y extensiva, juntamente con otras medidas, con la atención del nacimiento institucional, el empleo de criterio de riesgo para determinar referencias y niveles de asistencia y la atención inmediata de los recién nacidos, contribuye a evitar muertes, lesiones maternas y Perinatales, además reduce las tasas de mortalidad Perinatal y materna que se lograrían con la inclusión del control prenatal extensivo en los programas maternos infantiles.

Disposiciones generales del Ministerio de Salud en el control prenatal

- 1) El MINSA deberá intensificar las actividades de atención prenatal en todos los SILAIS, dando prioridad a aquellos con mayores tasas de mortalidad materna o perinatal.
- 2) Todo el personal de las unidades de salud del primer nivel deberán detectar y captar para la atención prenatal a las embarazadas, en especial a las mujeres con riesgo reproductivo: adolescentes, mujeres añosas y multíparas, durante su atención por cualquier causa en la unidad de salud, a fin de evitar las oportunidades perdidas.
- 3) las unidades de salud deberán garantizar que se brinde atención prenatal a todas las mujeres que soliciten espontáneamente tales servicios.

- 4) las unidades de salud deberían brindar atención prenatal a todas las mujeres referidas por el personal comunitario, centros alternativos, privados y referirla para su atención a las instituciones adecuadas.
- 5) los hospitales deberán garantizar que toda mujer que egrese de los mismo por un evento obstétrico o ginecológico o por cualquier condición que signifique un riesgo reproductivo se le brinde una adecuada consejería que permita a las usuarias si lo desea la elección de un método de planificación familiar adecuado a su necesidades individuales.
- 6) El MINSA deberá establecer coordinaciones permanentes con las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, para que se incluya en todo el currículo de pre y postgrado, temas relacionados con la salud reproductiva y la atención prenatal, así como la decisión y la discusión de la presente norma.
- 7) se deberá promocionar constantemente, a través de medios masivos de comunicación y consejería la atención prenatal precoz, periódica y completa de acuerdo a la disponibilidad de los recursos y característico de la población, especialmente de las personas en situación de riesgo.
- 8) La atención prenatal debe ser gratuita cuando sea prestada por instituciones públicas y debe ofrecerse, sistemáticamente, a toda embarazada que acude a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta, especial a las mujeres portadoras de mayor riesgo reproductivo.
- 9) Debe asegurarse la privacidad y atención confidencial de las personas sin discriminación de ningún tipo.

La salud perinatal guarda una relación íntima con múltiples factores sociales, culturales, genéticos, económicos y ambientales, pero quizás sea la salud integral de la madre aún de la etapa preconcepcional y la utilización oportuna y adecuada de servicios médicos prenatales y neonatales de alta calidad, los factores más susceptibles de modificar y de mayor incidencia en la tasa de mortalidad perinatal. Por tal razón los indicadores específicos para evaluar los programas orientados a su reducción apuntan hacia el mejoramiento de los programas de planificación familiar, nutrición, control prenatal y parto.

En un primer paso para el mejoramiento de la atención a la mujer embarazada es un adecuado y cuidadoso control prenatal y el mejoramiento en la calidad de la historia clínica, ha demostrado ser eficaz en disminuir la mortalidad materna y la morbilidad perinatal.

Período de Captación

El período del embarazo en que se encuentra la mujer y que acude a la atención prenatal. Se debe procurar la captación más temprana posible.

En nuestro medio se encuentra normado al menos cuatro controles prenatales los que deben de procurarse iniciarse lo más temprano posible (Primer Trimestre de Gestación).

Se recomienda en las embarazadas sin riesgo el siguiente calendario de visitas:

- Primer Control: Antes de las 20 Semanas
- Segundo Control: Entre la semana 20 y la semana 24
- Tercer Control: Entre la semana 28 y la semana 32
- Cuarto Control: Entre la semana 36 y la semana 38.

Procedimientos

Elaboración de Historia Clínica y Carné Perinatal

La elaboración de historia clínica y carné perinatal se debe de realizar con el objetivo de disponer de un documento con la información mínima necesaria que permita identificar el riesgo de la paciente y/o las actividades realizadas del embarazo, parto, puerperio y recién nacido.

Los Pasos son los siguientes:

- ✓ Llenar cuidadosamente la historia clínica Perinatal y carné.
- ✓ Identificar la información que se registró en los cuadros amarillos como situaciones de alertas o riesgos en las pacientes.
- ✓ Consignar las situaciones de riesgos en el expediente clínico en la embarazada.
- ✓ Completar los datos que corresponden a cada control.

Medición de peso y talla Materna

- ✓ Evaluar el estado de nutrición de la embarazada y su incremento de peso.
- ✓ La talla se informará una vez en el primer control.
- ✓ Tome el peso de la embarazada en cada control prenatal de preferencia con ropa ligera.
- ✓ Si las gestantes conocen su peso habitualmente antes del embarazo regístrelos.
- ✓ Controle el incremento con las curvas dibujadas en el Carné Perinatal, restando el peso actual, el peso anterior, incremento de peso, trasladar este valor en el punto de intersección o corte con la edad gestacional actual.
- ✓ Informar a la embarazada sobre el hallazgo encontrado y dar orientación.

Determinación de la presión arterial: Se debe tomar presión Arterial en cada control prenatal e informar a la paciente el valor obtenido y si es de riesgo explicarle detalladamente lo que debe hacer.

Inspección Odontológica: Identificar la existencia de caries o focos sépticos dentarios que pueden ser causa de infecciones de vías urinarias por la diseminación hemática. En el caso de necesitar algún procedimiento, recordara el uso de lidocaína sin epinefrina.

Examen Físico general: consiste en la revisión de órganos y sistemas para descartar patologías.

Determinación de la Edad gestacional: Consiste en calcular la edad gestacional, desde el primer día de la última menstruación regular, hasta la fecha. Permite evaluar el incremento de peso materno y crecimiento fetal y fecha probable de parto.

Consideraciones

- ✓ La curva de incremento de peso debe ser ascendente y dentro de los percentiles 25 y 90 de la gráfica.
- ✓ El aumento excesivo de peso predispone a la Macrosomía fetal.
- ✓ El incremento exagerado de peso materno puede verse a embarazo gemelar, polidramnios o ser un signo de alerta de hipertensión inducida por el embarazo.
- ✓ El bajo incremento de peso se asocia a retraso del crecimiento intrauterino u otras enfermedades de la madre (malaria, parasitosis, bocio, tuberculosis), que deberán ser investigadas y tratadas.

Diagnóstico de Vitalidad Fetal

Consiste en la evaluación de los movimientos fetales y frecuencia cardíaca fetal a través de la interrogación a la madre en cada control, si se trata de primípara los movimientos fetales los perciben a las 18 a 20 semanas y en caso de multíparas a las 16 semanas.

La vitalidad fetal también se evalúa durante el control, en el momento de realizar las maniobras de Leopold y al realizar la inspección de la frecuencia cardiaca fetal.

Evaluación del Crecimiento Fetal

Es la vigilancia del crecimiento fetal para valorar su desarrollo y detectar oportunamente alteraciones especialmente en mujeres con factores de riesgo. Medir la altura uterina en cada control, transcribiendo los datos en el gráfico correspondiente, con este graficado se le explica en forma sencilla y gráfica como evoluciona el crecimiento del niño. Se le debe informar a la mujer embarazada con base a estos datos como va el crecimiento del niño.

Diagnóstico de la presentación Fetal

Consiste en identificar la parte fetal que está en contacto con la pelvis, capaz de desarrollar el trabajo de parto y determinar la presentación y situación fetal a través de las maniobras de Leopold, realizarla en todos los controles a partir de la semana 28.

Examen Gineco -Obstétrico y Evolución

Evaluación de los diámetros de la pelvis, que se realiza por medio del tacto vaginal.

Clasificación de la Embarazada según su riesgo obstétrico

Es la identificación de las embarazadas de alto riesgo obstétrico (ARO), de acuerdo a la Información obtenida en la anamnesis, examen clínico de laboratorio. mujeres menores de 16 años o mayores de 35 años de edad, espacio intergestacional menor de 24 meses, multípara con 5 o mas partos anteriores, embarazada con 10 gramos de hemoglobina o meno, hemorragias, cardiopatías, , embarazo gemelar, analfabetas.

Consejería

Son las actividades de orientación que desarrolla el personal con las usuarias para lograr que todo el entorno familiar de la embarazada, estén bien informados de lo relacionado al quehacer y participación de la gestante, durante el embarazo, parto puerperio y el buen cuidado del Recién Nacido.

En el primer trimestre, preparar a la embarazada, sobre la higiene, signos y síntomas normales, importancia del control prenatal, orientación sobre nutrición, calorías adecuadas (En el primer trimestre 150 diarias y 350 en el segundo trimestre), consumo de alimentos que contengan proteínas, hierro y evitar el abuso de sustancias como el tabaco, alcohol y drogas.

En el Segundo y Tercer Trimestre, hacer énfasis en el cumplimiento de indicaciones y tratamiento, preparación para el amamantamiento (enseñar técnicas), dar a conocer los signos de alerta del inicio de la labor de parto; preparación sobre el parto, donde y cuando acudir según el riesgo y circunstancia, dar a conocer las ventajas y beneficios de la lactancia materna.

Indicación de Hierro y Acido Fólico

Se administran con el objetivo de prevenir y tratar la anemia durante el embarazo, con dosis de Sulfato Ferroso 200 miligramos y 0.25 a 0.50 miligramos de ácido fólico diario.

Indicación de Toxoide Titánico

Consiste en la aplicación de la vacuna del tétano y la importancia de disminuirlo tanto en el Niño como en la madre.

Exámenes de Gabinete

Son los exámenes de tipo sanguíneo que se le indican a la embarazada: VDRL, Biometría Hemática y Tipo de Sangre, glicemia y se le agrega examen general de orina.

Para efectos del estudio: se define abandono al control prenatal como la inasistencia de dos citas programadas consecutivas al programa en un período determinado.

La situación de abandono ha sido una preocupación constante de las autoridades de salud, dado que un alto porcentaje de las mujeres que presentaron complicaciones en el momento del parto, algunas de ellas fallecieron, no asistieron o abandonaron tempranamente el control prenatal, producto de esta problemática se consideró necesario analizar las razones de abandono en el Centro de Salud Maria del Carmen Salmerón del Municipio de Chinandega.

Para definir un abandono es necesario tener en cuenta la estructura organizativa de la atención prenatal del MINSA dentro de su modelo indica que debe ser eficaz y eficiente y que debe cumplir con cuatro requisitos básicos: Precoz, periódico, completo y amplia cobertura, el manual de Técnicas de Control prenatal PROGRA / JICA / MINSA señala un quinto requisito que es gratuidad, en esta estructura antes mencionada también se establece un calendario de visitas: Primer control, antes de las 20 semanas, segundo control entre la 20 y 24 semanas, tercer control entre la 28 y la semana 32 y cuarto control entre la 36 y la semana 38.

En el Municipio de Chinandega en el Centro de Salud de mayor complejidad como es el “Maria del Carmen Salmerón” los embarazos esperados en el 2006, fueron de 665, en el trimestre comprendido de Octubre de 2006 a Marzo 2007, un porcentaje de ellas cursaron abandono, por lo que es de suma importancia la descripción de las razones actuales, para recomendar a lo inmediato que acciones se pueden impulsar para su disminución; dentro de este marco encaminado a lograr la solución de un problema es importante revisar que esfuerzos está realizando el MINSA, para desarrollar acciones dirigidas a incrementar el acceso a los servicios de atención integral a la mujer, niñez y adolescencia a las unidades de salud del primer nivel de atención, acorde con la política nacional de salud que concede prioridad a estos grupos vulnerables encontrando que en el año 2006, realizaron una “disposición para el seguimiento de Mujeres Inasistentes a la

atención prenatal, al parto institucional y a la atención pos-parto” en este sentido procurando un mejoramiento en el acceso a las mujeres que no asisten al control prenatal por múltiples razones y a aquellas que llegan alguna vez y luego dejan de asistir es por ello que se organizó una norma para el seguimiento de las mujeres inasistentes a la atención prenatal, al parto institucional y a la atención postnatal, con estas disposiciones se establecen los procedimientos para efectuar el seguimiento en el terreno, de las mujeres inasistentes.

La accesibilidad a los servicios de salud:

El acceso implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención de salud. Incluye barreras geográficas económicas, sociales, organizacionales, culturales y o lingüísticas.

El acceso geográfico se refiere a los medios de transporte, distancia, tiempo de viaje y cualquier otra barrera física que impida al cliente recibir atención,

El económico se refiere a la accesibilidad de los productos o servicios ofrecidos a los clientes.

El social y cultural se relaciona con la aceptabilidad de los servicios, teniendo en cuenta los valores culturales y las actitudes locales.

El organizacional se refiere a la medida en que la organización de los servicios conviene a los clientes: Horario de atención, sistema de turnos, tiempo de espera y modalidad de prestación de los servicios.

Otros consideran que se traduce por la facilidad con la que la paciente puede utilizar el servicio en el momento que lo desee.

Esta facilidad mencionada es la que muchas veces no se cumple especialmente en las zonas rurales, aunque algunas veces aunque una Unidad de

Salud esté en el área urbana y su mayor porcentaje de población de su radio de acción proceden de esa misma área, algunas deberán hacer uso del transporte y las vías de tránsito que si no son buenas, pueden constituir un factor contra la accesibilidad, igual la organización de la atención, los horarios, pues si estos no son favorables a la mujer que siempre constituye un pilar fundamental para el cuidado de los niños y los quehaceres de la casa, esta puede decidir no continuar asistiendo al Centro de Salud, más si en su núcleo familiar existe la tendencia de acudir al centro solo en casos de gravedad y atender sus partos por la partera de su sector.

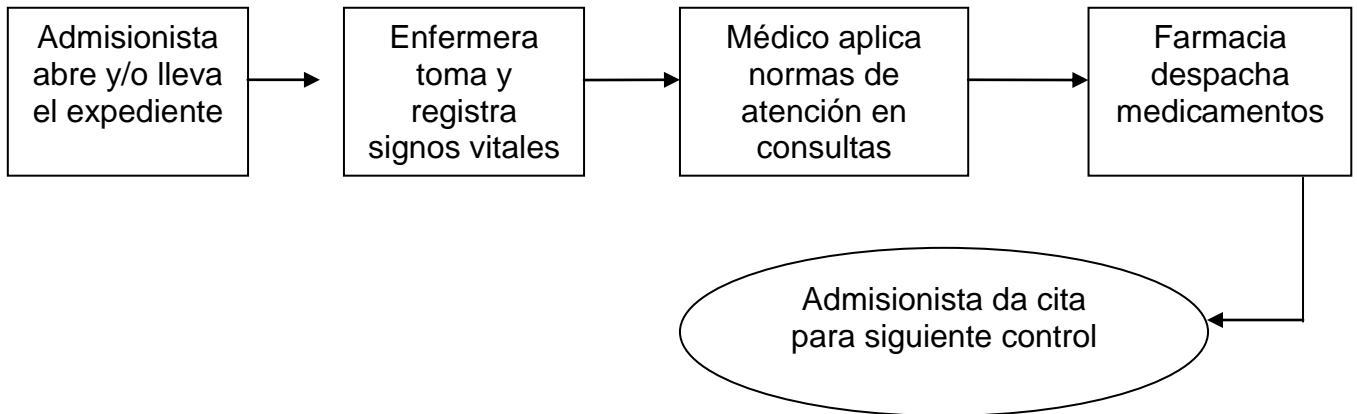
Percepción

Normalmente consideramos que es la acción de percibir o apropiarse de una imagen u opinión a partir de lo que observamos que sucede a nuestro alrededor, esta percepción puede ser satisfactoria o insatisfactoria, en dependencia de lo que se considera que se debe recibir de una institución, un servicio o una persona está ligada a los intereses de una persona; Ej. Al acudir a una unidad de salud el usuario espera ser atendido con amabilidad con prontitud, teniendo en cuenta su horario de llegada.

Si el usuario ha entendido que al tener una cita previa, su expediente estará en la clínica señalada y que deberá ser atendida en orden de llegada, se le orienta acerca de los procedimientos que se le esté realizando: toma de presión, temperatura, peso, talla; si este proceso sufre alteraciones ella considerará que el servicio no es bueno. Es decir que el equipo de trabajo del centro de salud, podrá evaluar la calidad de los servicios que brinda, tomando en cuenta la percepción que tienen o expresan las usuarias.

Normalmente el proceso de atención se da de la siguiente manera:

Proceso de Control Prenatal



VII. DISEÑO METODOLÓGICO

a. Área de estudio

El presente estudio se realizó en el Programa de Atención Integral a la Mujer del Centro de Salud María del Carmen Salmerón ubicada en la zona urbana de la ciudad de Chinandega.

b. Tipo de estudio

Es un estudio de tipo descriptivo, de Corte Transversal, realizado en el Programa de control prenatal del Centro de Salud “María del Carmen Salmerón” de Chinandega”. Durante el periodo Octubre 2006-Marzo 2007.

c. Universo y Muestra

La población estuvo constituida por 50 mujeres que abandonaron el control prenatal del Centro de salud “María del Carmen Salmerón”, durante el período Octubre 2006-Marzo 2007.

e. Unidad de análisis

Para recolectar la información se utilizaron técnica de revisión de documentos, entrevista a mujeres embarazadas y observación del proceso de atención de las embarazadas en la unida de salud.

Se aplicó una guía de observación que tenia como objetivo obtener información sobre la calidad de atención brindada a las mujeres que asisten al centro de salud.

Mujeres que abandonaron el control prenatal del Centro de salud “María del Carmen Salmerón” a las que se les administró un cuestionario, se hizo una revisión de expedientes clínicos a cada una de las mujeres y se aplicó una guía de observación en el área de admisión del Centro de Salud.

d. Criterios de inclusión

- ✓ Mujeres que abandonaron el control prenatal.

- ✓ Mujeres en edades de 15-42 años
- ✓ Usuarias que pertenecen al área geográfica del Centro de salud del Municipio de Chinandega.
- ✓ Usuarias que de manera voluntaria estuvieron dispuestas a cooperar en el estudio.

f. Criterios de exclusión

- ✓ Mujeres embarazadas que se negaron a brindar información.
- ✓ Mujeres embarazadas menor de 15 años y mayor de 43
- ✓ Usuarias de poblaciones asignadas a otro Centro de Salud

g. Fuentes de información

Fuente primaria

Las fuentes de información utilizada de tipo primario fue la Entrevista alas mujeres seleccionadas.

Fuente secundaria

- ✓ Tarjetero donde se verificó el abandono del control prenatal de las pacientes en estudio.
- ✓ Expedientes clínicos de las usuarias del programa, en donde se verificó el número de controles prenatales.
- ✓ Revisión estadística del programa de atención integral a la mujer
- ✓ Análisis de informes de cuadros de mando del Primer Nivel de Atención
- ✓ Guía de observación

h. Técnica de recolección de datos

Se aplicó una guía de observación para verificar lo expuesto en la entrevista de la embarazada para obtener información sobre la percepción de la atención brindada a las mujeres que asisten al control prenatal del Centro de Salud María del Carmen Salmerón.

i. Plan de recolección de la información

Se solicitó la autorización del director del Centro de Salud “Maria del Carmen Salmerón” y el coordinador del programa de atención integral a la mujer con el objetivo de dar a conocer el plan de trabajo, y de establecer los horarios más adecuados para la recolección de la información, así como dar a conocer los objetivos de la investigación.

Según horarios establecidos por el personal responsable de la unidad de salud se dió inicio a la recolección de la información de las mujeres que abandonaron el control prenatal, las cuales fueron encuestadas en su domicilio.

Se realizaron siete entrevistas por semana en los diferentes repartos que corresponden al centro de salud “Maria del Carmen Salmerón” hasta completar el número total de la muestra.

j. Variables del estudio

Para dar cumplimiento a los objetivos del estudio se utilizaron las siguientes variables.

Objetivo 1: Describir las características socio-demográficas de las mujeres embarazadas que asisten al Centro de Salud “Maria del Carmen Salmerón” del Municipio de Chinandega.

- | | |
|----------------|------------------------------|
| ✓ Edad | ✓ Religión |
| ✓ Procedencia | ✓ Ingreso económico |
| ✓ Ocupación | ✓ Infraestructura domiciliar |
| ✓ Escolaridad | ✓ Accesibilidad |
| ✓ Estado Civil | |

Objetivo 2. Conocer la percepción de las mujeres embarazadas al momento del proceso de atención que se les brinda en el Centro de Salud “Maria del Carmen Salmerón” del Municipio de Chinandega.

- ✓ Accesibilidad geográfica
- ✓ Valoración del programa de control prenatal
- ✓ Recursos Humanos
- ✓ Tiempo de espera
- ✓ Atención recibida
- ✓ Número de asistencia al control prenatal.

Objetivo 3: Identificar los principales factores que pueden Influir en el abandono de las mujeres embarazadas en relación al Control Prenatal brindado en el Centro de Salud “Maria del Carmen Salmerón” del Municipio de Chinandega

- ✓ Factores de riesgos obstétricos
- ✓ Recursos humanos
- ✓ Horario de atención
- ✓ Tiempo de espera

m. Plan de Análisis

Una vez obtenida la información, se clasificó conforme objetivo de investigación y se describió según variables mediante análisis univariable por ser un estudio de tipo descriptivo.

Los resultados se presentan en tablas de distribución de frecuencia y porcentajes, para el procedimiento se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2003.

n. Aspectos Éticos

Al inicio del estudio se le dió a conocer a las embarazadas el objetivo principal de la investigación con el propósito de respetar su participación, este debe de ser de carácter voluntario. A la vez se les explicó que toda la información brindada será confidencial y anónima y que será determinante para el logro de los objetivos de dicho estudio.

VII. RESULTADOS

Características socio demográficas

El rango de edad de la mayoría de las mujeres que abandonaron el control prenatal, oscila entre los 15-19 años de edad para un 44% (22), el rango de 20-25 años, comprende un 34% (17), el 18% (9) oscila entre las edades de 26-31 años y en un menor porcentaje 4% (2) se encuentra el rango de edades de 32-37 años de edad. (Ver anexo tabla No 1).

Del 100% de las mujeres que abandonaron el control prenatal el 54% (27) de la muestra son procedentes del área urbana y el 46% (23) del área sub. Urbana. (Ver anexos tabla No 2)

Con relación a la ocupación a la que se dedican la mayoría de las mujeres que abandonaron el control prenatal, el 60% (30) de ellas son desempleadas, 24% (12) son amas de casa, un 8% (4) Empleadas doméstica, el 6% (3) poseen empleo informal, y un 2% (1) son maestra. (Ver anexo tabla No 3)

Con relación al nivel de escolaridad de las mujeres que abandonaron el control prenatal, el 40% (20) de ellas tienen aprobado la primaria, el 30% (15) no aprobaron la primaria, un 12% (6) tienen aprobada la secundaria, el 10% (5) no aprobaron la secundaria, en tanto un 2% (1) son técnicos, y el 6% (3) analfabetas. (Ver anexo tabla No 4).

La mayoría de las mujeres que abandonaron el control prenatal el 72% (36) de ellas son acompañadas, un 22% (11) casadas, y un 6% (3) son solteras ((Ver anexo tabla No 5)

En relación a la religión que profesan las mujeres que abandonaron el control prenatal el 48% (24) de ellas son católicas, un 30% (15), expresaron no

tener ninguna religión y el 22% (11), pertenecen a la religión evangélica. (Ver anexo tabla No 6)

El 80% (40) de las mujeres que abandonaron el control prenatal refieren que no tienen ningún ingreso económico, el 10% (5) poseen un ingreso salarial de 500-1000 córdobas mensuales y en un mismo porcentaje 10% (5) poseen un ingreso salarial de 1001-1500 córdobas mensuales. (Ver anexo tabla No 7)

Con respecto a la accesibilidad de las mujeres que abandonaron el control el 68% (34) de estas expresan que tardan de 15-30 minutos en llegar a la Unidad de Salud, un 14% (7) tardan de 35-60 minutos, el 10% (5) tardan más de 1 hora y un 8% (4) dilatan 5 minutos para llegar a la unidad de salud. . (Ver anexo tabla No 8)

Del total de la población encuestada, el 68% (34) afirman que para llegar al Centro de Salud se trasladan a pie, mientras que el 20% (10) utilizan el transporte colectivo, el 6% (3) viaja en vehículo particular y en mismo porcentaje 6% (3) utilizan otros medios. (Ver anexos tabla No 9)

En relación al tipo de vivienda donde habitan las usuarias que abandonaron el control prenatal el 56% (28) de éstas viven con su familia, un 32% (16) alquilan y en un 12% (6) poseen su propia casa. (Ver anexos tabla No 10)

La mayoría de las mujeres que abandonaron el control, en un 44% (22) las viviendas en las que habitan posee techo de zinc, 32% (16) el tipo de techo es de tejas, un 18% (9) es de nicalit y en un mínimo porcentaje 6% (3) es de paja. (Ver anexos tabla No 11)

El 54% (27) de las mujeres encuestadas, expresaron que el tipo de material del que están hecha las paredes de su casa es de madera, un 24% (12) refieren que es de minifalda, en un 18% (9) esta hecha de bloques y en un 4% (2) son elaboradas de plástico. (Ver anexos tabla No 12)

Del total de las mujeres encuestada el 46% (23) refieren que el tipo de piso de las viviendas es de tierra, el 30% (15) es de ladrillos y un 24% (12) es embaldosado (Ver anexos tabla No 13)

Percepción de la atención

Con respecto a las mujeres que abandonaron el control prenatal, el 80% (40) de estas expresan estar insatisfechas por el servicio brindado en el centro de salud y el 20% (10) refieren insatisfacción con respecto al servicio. (Ver anexo tabla No 14)

El 74% (37) de las mujeres encuestadas opinaron que no fueron atendidas por el mismo personal de salud y el 26% (13) afirmaron haber sido atendida por el mismo recurso. (Ver anexo tabla No 15)

Dentro de las principales opiniones brindadas por las mujeres de las causas por las que abandonaron el control prenatal, 50% (25) afirman, que el personal de salud que brinda la atención tarda en atender, mientras que un 10% (5) expresa que el personal médico llega tarde a la unidad de salud, un 20% (10), refiere que muchas veces al que llega por último lo atienden primero, creando un desorden en la atención que brinda el personal de salud y en el mismo porcentaje 20% (10) opina que no hay control prenatal por la tarde. (Ver anexo tabla No 16)

El 100% (50) de las encuestadas opinaron que sí es importante el control prenatal, de estos el 70% (35), consideran que es importante porque el personal médico les puede explicar el desarrollo del niño, mientras que un 30% (15) expresa que el personal médico les puede explicar su estado de salud. (Ver anexo tabla No 17)

De las principales opiniones que expresan las mujeres que abandonaron los controles prenatales, para fortalecer la atención, el 40% (20) refiere que les gustaría que el especialista le atienda tanto su control prenatal como sus

problema relacionados con el embarazo, el 24% (12) expresan la necesidad de incrementar el número de personal médico para que se brinde una atención más rápida, el 20% (10) opinan que se brinde atención por la tarde, y el 16% (8) considera que se debe de brindar mejor información sobre el desarrollo del embarazo. (Ver anexa tabla No 18)

El 70% (35) de las encuestadas afirman que el horario de atención en el Centro de Salud es adecuado, mientras que 30% (15) expresan que es inadecuado. (Ver tabla No 19)

El 78% (39) de las mujeres que abandonaron el control prenatal afirman que el tiempo de espera de la atención es de más de una hora, el 12% (6) de 15 a 30 minutos y el 10% (5), refieren que el tiempo de espera es de 35 a 60 minutos. (Ver anexo tabla No 20).

La mayoría de las usuarias 38% (19) expresan que la persona que los motivó a buscar atención en control prenatal fueron sus familiares, el 36% (18) afirma que fueron sus amigas, en un 22% (11) las motivaron los vecinos y en un mínimo porcentaje 4% (2) por los vecinos. (Ver anexo tabla No 21).

El 46% (23) de las encuestadas refieren que la amabilidad demostrada por el personal buena, el 30% (15) afirma que es regular, un 14% (7) la percibe como muy buena y un 10% (5) consideran que es deficiente. (Ver anexo tabla No 22).

Factores asociados al abandono del control prenatal

En relación al número de asistencia a los controles prenatales el 40% (20) de las mujeres que abandonaron dicho programa refieren haberse realizado un control prenatal, un 17 (34%) se realizaron dos controles y el 26% (13), se realizaron un total de tres controles. (Ver anexo tabla No 23)

El 60% (30), de las encuestadas expresaron que fueron atendidas por el médico general, el 34% (17) fueron atendidas por el personal de enfermería, y un 6% (3) son atendidas por el médico especialistas. (Ver anexo tabla No 24)

La mayoría de las mujeres que abandonaron el control prenatal el 42% (21) refieren ser primigestas, el 36% (18) bigestas y un 22% (11) son multigestas. (Ver anexa tabla No 25).

Al realizar cruce de variables entre escolaridad y edad de las mujeres que abandonaron el CPN, nos encontramos que el 30%(15) de las embarazadas, entre las edades de 15 a 19 años, cursan únicamente con primaria y un 8%(4) con primaria incompleta, otro grupo importante fue el de 20 a 25 años, de las cuales el 24% cursaron con primaria completa e incompleta. (ver tabla No. 26)

Al relacionar ocupación y edad de las mujeres que abandonaron el CPN, el 30%(15), de las mujeres con edades entre 15 y 19 años y el 20%(10) con edades de 20 a 25 años, refirió estar desempleadas seguidas del 12%(6) de 15 y 19 años, más el 8%(4) con edades de 20 a 25 años, que opinaron ser amas de casa. El resto se encuentran distribuidas en el resto de las ocupaciones.

La relación entre edad y número de controles prenatales de las mujeres embarazadas reflejó que el mayor grupo fue el de 15 a 19 años de las cuales el 18%(9) del total sólo acudió a un CPN, seguidas del grupo de 20 a 25 años, de las cuales el 16%(8), y el 10%(5), acudieron a dos y un CPN. Respectivamente. El resto está distribuido en los otros grupos.

IX. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

De los resultados obtenidos en la investigación la mayoría de las mujeres que abandonaron el control prenatal, sus edades oscila entre los 15-19 años, seguida del rango de edades entre los 20 y 25 años, que sumados representan el 58% de las que abandonaron, lo que las convierte en mujeres con embarazo de alto riesgo, sobre todo para las adolescentes que por su condición de inmadurez las hace proclive a presentar mayores complicaciones en el embarazo, lo que está suficientemente soportado por las referencias bibliográficas. En este estudio el riesgo aumenta, ya que no solamente son jóvenes, sino que incluso abandonan el CPN. A la vez se destaca que en su mayoría proceden de las zonas urbanas lo que demuestra el poco interés y falta de conocimiento acerca de los riesgos que conlleva la inasistencia a los controles prenatales, ya que su insistencia no es por inaccesibilidad geográfica, que en otros estudios puede ser una de las causas principales, sino que está originada por otras causas.

En relación a la ocupación que desempeñan, llama la atención que el 60% son desempleadas y en el caso de las adolescentes, tampoco estudian y se encuentran viviendo en la mayoría de los casos con sus padres, a este grupo les sigue las que expresan ser amas de casa, por no tener otra opción en ese momento. Como podemos analizar, esto se suma a los factores de riesgo, ya que además de ser jóvenes, no tienen ni estudio, ni trabajo en su mayoría.

Por otra parte en el nivel de escolaridad los resultados fueron los siguientes: Que la mayoría 40% (20), de éstas mujeres lograron aprobar la primaria completa, el 30% (15), tienen primaria incompleta, 12% (6), secundaria completa, 10% (5), secundaria incompleta, 2% (1) es técnica y 6% (3) analfabeta, lo que hace indicar que tienen un nivel de escolaridad bajo, esto implica que no tengan una visión clara de los riesgos de enfermar o morir tanto de ellas como la del niño. De esta población de estudio se encuentran acompañadas el 72% (36), el 22% (11), casadas y el 6% (3) son madres solteras. En relación a este hecho, las que

manifestaron estar acompañadas, al profundizar sobre la estabilidad con su pareja, la mayoría, sobre todo de adolescentes expresó que viven separadas de su pareja, con una relación informal.

El 48% (24), de las mujeres que abandonaron el control prenatal son católicas, el 30% (15), no profesan ninguna religión y el 22 (11) son evangélicas; de igual manera se encontró que la mayoría de estas mujeres 92% (46), refirieron no tener ningún ingreso salarial, tan solo un 8% (4); las que no tienen un ingreso directo, explican que sus maridos son los que dan el aporte económico, los ingresos económicos van de 500-1000 córdobas.

Todos los factores mencionados hasta este momento, vienen a aumentar las posibilidades de que estas mujeres puedan desarrollar un embarazo de alto riesgo, porque hasta aquí podemos resumir que la mayoría son adolescentes, que no trabajan, con un nivel de escolaridad baja y que no tienen una relación estable con su pareja.

En relación al tiempo que tardan en llegar a la Unidad de salud, podemos apreciar que no es mucho el tiempo, lo que complementa el hecho de que todas viven en el área urbana y suburbana, lo que hace indicar que la distancia no es un obstáculo para asistir a su cita de control prenatal, pero se refleja un desinterés de parte de ellas, por falta de motivación en el proceso de su atención.

De las características de las viviendas donde habitan la mayoría de ellas, se puede apreciar que su nivel socio económico puede ser bajo.

En general un 80% (40) de las mujeres que abandonaron el control prenatal expresan insatisfacción en el proceso de atención. Este porcentaje es bien alto, y debe significar un mensaje de alerta para todas las autoridades y personas involucradas en el proceso de atención, ya que como pudimos observar anteriormente, la causa de que no acudan no es por inaccesibilidad geográfica, sino por situaciones internas de la unidad de salud, según lo expresado por ellas, expresando dentro de las principales causas no ser atendidas de manera rápida y

eficiente lo que consideran como una pérdida de tiempo a la vez expresan que el personal médico no les explica el desarrollo del embarazo, expresando que no se les realizan un adecuado chequeo médico. Lo anterior nos evidencia que no se está desarrollando el CPN de forma eficaz y eficiente, con una cobertura máxima por encima de un 90% de la población obstétrica, debiendo cumplir con los requisitos básicos de la atención como ser precoz, periódico, completo y de amplia cobertura, como lo orienta el Ministerio de salud en sus normas, con el objetivo destinado a la prevención diagnóstica y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbi mortalidad materna y perinatal, como las condiciones que presentan las embarazadas de nuestro estudio.

Por otra parte los resultados reflejan que el 74% (37), de las mujeres encuestadas opinan que no fueron atendidas por el mismo personal de salud, lo que refleja insatisfacción de las usuarias, ya que en su mayoría expresaron que les gustaría que fueran atendidas por el mismo recurso médico que las valoró por primera vez, pues ellas opinan que se les brindaría un mejor proceso de atención en su embarazo, en estos mismos resultados se encontró que el 26% (13), refieren que fueron atendidas en todos sus controles por la misma persona.

Con respecto a las opiniones brindadas por las mujeres que abandonaron el control prenatal en su mayoría 50% (25), afirman que el personal de salud que brinda la atención, tarda en atenderlas y a la vez opinan que los recursos médicos inician tarde la atención, un 20% (10), expresan que hay desorganización en la atención brindada, otro 20% (10), refieren que por la tarde no atienden el control prenatal y un 10% (5), manifiestan que el personal médico llega tarde; estos factores no permiten que las mujeres continúen sus controles prenatales y terminen abandonando el programa.

Por otra parte, al preguntarles que si consideran que el CPN es importante, el 100% respondió que sí, lo que parece contradictorio, al comparar que el 80% está insatisfecha, pero a como lo explican bien ellas, si están conscientes de la

importancia del CPN, lo que no les gusta es como son atendidas en la unidad de salud. Lo anterior igualmente debe ser una campanada para los servicios de salud en cuanto a su organización interna, para hacer más atractiva la consulta. Algo bueno es que las encuestadas están concientes de su utilidad, opinando que el control prenatal es importante porque el personal médico les explica el desarrollo del niño y el estado de salud de ellas,

El estudio demostró que el 40% (20), de las mujeres que abandonaron el control prenatal se realizaron solamente un control prenatal en el primer trimestre, durante su embarazo, mientras que un 26% (13), se realizaron tres controles prenatales en el segundo trimestre y 34% (17), se realizaron dos controles en el tercer trimestre; podemos concluir en este aspecto, que la mayoría de las mujeres, si bien tienen clara la importancia del CPN, no asisten a la misma, por los factores antes mencionados. Esto tiene una contradicción con las disposiciones generales del Ministerio de salud en el control prenatal, que mandata que todo el personal de las unidades de salud del primer nivel deberá detectar y captar para la atención prenatal a las embarazadas, en especial a las mujeres con riesgo reproductivo, entre ellas a las adolescentes, como es el caso de nuestro estudio, donde la mayoría que abandonaron el CPN son adolescentes

El 40% (20) de las encuestadas afirman que los aspectos que a ellas les gustaría que se fortalecieran es que el mismo médico que les atiende el CPN, sea el que les atienda los otros problemas de salud, esto guarda relación con lo que se menciona en la bibliografía, según parte de las normas, que los servicios se deben ofertar en forma simultánea para que las embarazadas, no regresen de nuevo a otra consulta y de esta manera lograr resolver la mayoría de los problemas en una sola visita, identificándose aquellas que requieran de una atención especializada en otro nivel de mayor resolución. Un 24% (12) expresan la necesidad de aumentar el número de personal médico para agilizar la atención. Un 16% (8), opinan que se debe de brindar una mayor información del proceso de embarazo, otro 20% (10), opinan que se brinde control prenatal por la tarde.

Por otra parte el 70% (35) de las encuestadas afirman que el horario de atención brindado en el Centro de Salud es adecuado, pero opinan que debería haber mayor número de recursos humanos para brindar estos servicios de manera más rápida, y ellas poder aprovechar mejor el tiempo para realizar sus labores domésticos, un 30% (15) expresan que el horario es inadecuado, por que por la mañana tienen muchas actividades domésticas y es por la tarde en que disponen de mayor tiempo. Esto guarda relación con la información de que el 78% (39) de las mujeres que abandonaron el control prenatal refirieron que el tiempo de espera en la atención dura más de una hora, aquí vale aclarar que este tiempo de más de una hora, en realidad la mayoría expresó que se extendía a 3 horas aproximadamente, debido a que el personal llega tarde, y por desorganización, atienden primero a la que llegan de último, todo esto origina insatisfacción a las usuarias, ya que no hay una organización en la atención de los recursos que atienden, también manifiestan que por la llegada tarde de los trabajadores las atienden de manera rápida y no les permiten consultar sobre sus problemas de salud, además manifiestan que no les realizan un chequeo adecuado y completo.

El estudio demostró que el 94% (47), de las encuestadas expresaron que fueron atendidas por un médico general y personal de enfermería, mientras que el 6% (3) fueron atendidas por un médico especialista, según datos de ENDESA 2001 el 46.8% de las mujeres fueron atendidas por médicos general, un 34% por personal de enfermería y un 20.2% por un gineco-obstetra, lo que demuestra una relación con los datos encontrados en este estudio, que la mayoría de las mujeres siempre son atendidas por médicos generales y personal de enfermería y un mínimo porcentaje por especialistas.

Al analizar el resultado que nos brindan los cruces de variables entre edad con escolaridad, ocupación y número de controles prenatales, es evidente que se mantiene el mismo comportamiento, donde las adolescentes son las que con mayor frecuencia se refleja su asociación con estos factores. Son ellas las que

tienen el más bajo nivel de escolaridad, las que con mayor frecuencia se encuentran desempleadas, y las que acudieron a un CPN. Todas ellas seguidas del grupo de 20 a 25 años, lo que nos refleja que son las mujeres más jóvenes y especialmente las jóvenes las que se encuentran con mayores posibilidades de desarrollar un embarazo de alto riesgo, algo paradójico ya que deberían ser grupo priorizado por las autoridades de salud, basándonos en las normas nacionales y sobre todo en el hecho inherente por su edad de estar expuestas a complicaciones.

Del análisis del resultado del estudio en la mayoría de los casos, quedó demostrado que existe una debilidad en la atención de las embarazadas, y aún más preocupante que, según lo que expresaron ellas mismas que las causas de insatisfacción son internas, la mayoría por problemas organizativos de la atención, y no por que ellas desconozcan la importancia del mismo, lo que dentro de todo es algo bueno el hecho de que la población haya asimilado los mensajes de salud.

X. CONCLUSIONES

1. Dentro de las características socio demográficas de las mujeres que abandonaron el control prenatal las edades oscilan entre 15-19 años lo que las coloca en alto riesgo obstétrico por ser adolescentes, de éstas el 54% provienen del área urbana, el nivel de escolaridad es bajo, esto implica que no tengan una visión clara de los riesgos de enfermar o morir tanto de ellas como de los niños. La mayoría de las mujeres que abandonaron el control prenatal se encuentran acompañadas, viven con su familia, denotando una relación informal, a la vez se destaca que el 92% de las mujeres que abandonaron el control prenatal no poseen ningún ingreso económico directo, el aporte monetario proviene de su acompañante. Todos estos factores entre otros mencionados vienen a aumentar las posibilidades que estas mujeres puedan desarrollar un embarazo de alto riesgo.
2. La mayoría de las mujeres expresaron que la atención que se brinda en el Centro de Salud no es buena por que tienen que esperar más de una hora para que las atiendan, por que la persona que las atiende en la primera consulta no es la misma, que la atiende en la cita subsecuente, el personal de salud del programa tarda mucho en brindar la atención y los médicos llegan tarde y no atienden según orden de llegada, ya que muchas veces atienden primero a la que llegó más tarde a la cita, otro es que no hay control prenatal en la tarde.
3. En relación al tiempo que tardan en llegar a la Unidad de salud, podemos apreciar que no es mucho el tiempo, lo que complementa el hecho de que todas viven en el área urbana y suburbana, lo que hace indicar que la distancia no es un obstáculo para asistir a su cita de control prenatal, pero se refleja un desinterés de parte de ellas, por falta de motivación en el proceso de su atención.

4. En general un 80% (40) de las mujeres que abandonaron el control prenatal expresan insatisfacción en el proceso de atención. Este porcentaje es bien alto, y debe significar un mensaje de alerta para todas las autoridades y personas involucradas en el proceso de atención, ya que como pudimos observar anteriormente, la causa de que no acudan no es por inaccesibilidad geográfica, sino por situaciones internas de la unidad de salud.

5. Por otra parte el 70% (35) de las encuestadas afirman que el horario de atención brindado en el Centro de Salud es adecuado, pero opinan que debería haber mayor número de recursos humanos para brindar estos servicios de manera más rápida, y ellas poder aprovechar mejor el tiempo para realizar sus labores domésticos, un 30% (15) expresan que el horario es inadecuado, por que por la mañana tienen muchas actividades domésticas y es por la tarde en que disponen de mayor tiempo. Esto guarda relación con la información de que el 78% (39) de las mujeres que abandonaron el control prenatal refirieron que el tiempo de espera en la atención dura más de una hora, aquí vale aclarar que este tiempo de más de una hora, en realidad la mayoría expresó que se extendía a 3 horas aproximadamente.

6. . Lo anterior nos evidencia que no se está desarrollando el CPN de forma eficaz y eficiente, con una cobertura máxima por encima de un 90% de la población obstétrica, debiendo cumplir con los requisitos básicos de la atención como ser precoz, periódico, completo y de amplia cobertura, como lo orienta el Ministerio de salud en sus normas, con el objetivo destinado a la prevención diagnóstica y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbi mortalidad materna y perinatal, como las condiciones que presentan las embarazadas de nuestro estudio.

XI. RECOMENDACIONES

Al Equipo de Dirección del SILAIS

- ✓ Desarrollar programas de promoción sobre salud sexual y reproductiva con el propósito de educar a las adolescentes sobre este tema y de esta manera evitar las relaciones sexuales prematuras, embarazo en las adolescentes y sus consecuencias.

- ✓ Diseñar y ejecutar plan de promoción para toda las mujeres en edad reproductiva del municipio, con la finalidad de impulsar campañas a través de los medios locales sobre la importancia del control prenatal, sus factores de riesgos y las repercusiones de salud pública de un embarazo no controlado, involucrando en todas las actividades a los actores sociales, brigadistas y parteras adiestradas. .

- ✓ Diseñar un plan de monitoreo y de supervisión capacitante con la finalidad de brindar asesoría al personal del Centro de Salud para mejorar la organización y funcionamiento de la atención a la mujer y niñez.

- ✓ Preparar las condiciones anímicas del personal, para involucrarlos en el desarrollo del Nuevo Modelo de Atención, como una forma positiva de resolver los problemas organizativos y de calidad de la atención.

A las autoridades, personal Médico y de Enfermería del Centro de Salud

- ✓ Organizar la atención del programa de control prenatal, de tal forma que permita brindar un mejor servicio a las usuarias,

- ✓ Profundizar sobre los motivos de abandono, a través de encuestas de satisfacción a las usuarias externas.

- ✓ Actualización del tarjetero y censo de las embarazadas, que permita un mejor control para la búsqueda de las mismas.
- ✓ Establecer un mecanismo de coordinación entre el programa de atención integral a la mujer y estadística, con el fin de garantizar los expedientes clínicos previa cita.
- ✓ Realizar acciones de búsquedas en el terreno, que permitan captar de manera oportuna a todas las embarazadas que aún no han sido captadas por la unidad de salud y que al mismo tiempo se brinde una atención integral a las embarazadas que acudan al servicio por cualquier otra causa.
- ✓ Participar activamente en las capacitaciones y otras actividades encaminadas a la implementación de la estrategia del Nuevo Modelo de Atención, que vendrá a ser entre otras cosas una nueva organización de los servicios para garantizar atención con la integralidad y calidad requerida.

A las mujeres embarazadas:

- ✓ Participar activamente en todas aquellas actividades que realice el centro de salud en su comunidad, para ser protagonista de su propia salud y cuidado, el de su bebe de su familia y de la comunidad donde vive.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Disposiciones para el seguimiento de mujeres inasistentes a la atención prenatal, al parto institucional y a la atención post-natal. MINSA - Agosto 2006.
2. ENDESA 2001, MINSA, Nicaragua octubre /2002.
3. Guía de Control Prenatal, embarazo normal, división de obstetricia, Hospital Materno Infantil Chinandega, Ramón SARDD, 2002 (Internet - Argentina).
4. Manual de operaciones, Estrategias de extensión de cobertura (EEC), MINSA, Agosto /2005.
5. Manual de Técnicas sobre el control prenatal, proyecto para el fortalecimiento de la salud, SILAIS Granada. 2003.
6. Manual de atención a riesgo materno infantil, manual para médicos de hospitales, MINSA.
7. Módulo, Liderazgo y Administración – Management Sciences for Health.
8. Manual de Técnicas sobre control prenatal PROGRA JICA.
9. Normas para la atención prenatal, parto de bajo riesgo y Puerperio, MINSA Managua, Junio /1997.
10. Normas y Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas. Ministerio de Salud. Diciembre
11. Obstetricia SCHWARCZ, V Edición 1996.
12. Plan Nacional de Salud 2004-2015, MINSA Managua, Septiembre /2004.
13. Protocolo para la atención obstétrica y pediátrica dirigida a personal de Enfermería, Marzo /2001.
14. Política Nacional de Salud, 2004-2005, MINSA Managua, Diciembre /2004.
15. Salud Materno Infantil, avances y desafíos 2005 UNICEF

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO No. 1



**ENCUESTA A MUJERES QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL
DEL CENTRO DE SALUD “MARIA DEL CARMEN SALMERÓN” MUNICIPIO DE
CHINANDEGA**

El presente cuestionario se elaboró con el objetivo de analizar las causas de Abandono al Control Prenatal de las mujeres embarazadas que asisten al Centro de Salud María del Carmen Salmerón del Municipio de Chinandega.

La información que usted nos brinde será confidencial y anónima, servirá para fines académicos y mejoramientos del Programa de Control Prenatal.

¿Usted está dispuesta a participar?

Si _____ No _____

Código _____

Fecha _____

Dirección _____

I. Características socio demográficas

1) Edad en años cumplidos _____

2) Procedência:

Urbano _____

Suburbano _____

Rural _____

3) Escolaridad:

Primaria Completa _____

Primaria incompleta _____

Secundaria Completa _____

Secundaria incompleta _____

Universidad completa _____

Universidad incompleta _____

4) Ocupación Principal

Ama de Casa _____

Comerciante _____

Estudiante _____

Empleada doméstica _____

Empleo Informal _____

Ninguna _____

- 5) Estado Civil:
Soltera _____
Casada _____
Acompañadas _____
Otros _____
- 6) Religión:
Católica _____
Evangélica _____
Otros _____
- 7) Número de hijos que depende de la madre y que viven con ella. _____
- 8) Remuneración Económica Mensual
De C\$ 500.00 a C\$ 1,000.00 _____
De C\$ 1001 a C\$ 1,500.00 _____
Ningún Sueldo _____

Si responde ningún sueldo ¿Cómo hace para mantenerse?

- 9) Tenencia de la vivienda:
a) propia _____
b) Alquilada _____
c) Con la familia _____
- 10) Tipo de techo de la vivienda:
a) Tejas _____
b) Zinc _____
c) Nicalit _____
d) Plástico _____
- 11) Paredes
a) Bloques _____
b) Mini falda _____
c) Madera _____
d) Plástico _____
- 12) Piso
a) Ladrillos
b) Embaldosado
c) Suelo
- 13) Accesibilidad
Tiempo utilizado del lugar de residencia a la unidad de salud

- 5 Minutos
- De 15 a 30 Minutos
- De 35 a 60 Minutos
- Más de 1 hora

Medios de transporte utilizado para llegar al Centro de Salud.
Particular _____ - Colectivo _____ - A pié _____

II. Percepción de la embarazada sobre el servicio brindado

1. ¿Quién la motivó a buscar atención en el programa de control prenatal

- 1. Amigas _____
- 2. Familiares _____
- 3. Vecinas _____
- 4. otros _____

2. Tipo de atención brindada en el programa:

- Muy Buena _____
- Buena _____
- Regular _____
- Deficiente _____

3. ¿Por qué dejó de asistir al control prenatal?

4. ¿Por qué es importante para Usted. Asistir al Control Prenatal?

5. ¿Cuántas veces asistió al Control Prenatal?

- 1-2 veces _____
- 3-4 veces _____
- Más de 4 veces _____

6. ¿El horario de atención corresponde a sus necesidades?

Si ___ No ___ ¿Por Qué? _____

7. Tipo de profesional que la atendió?

- Médico Especialista ___
- Médico General _____
- Enfermera _____

8. ¿Siempre la atiende la misma persona?

Si ___ No ___

9. ¿Qué le gustó más de la atención brindada en el programa?

10. ¿Qué es lo que menos le gustó de la atención brindada en el programa?

11. ¿Está satisfecha de la atención brindada por el médico que la atendió en su Control Prenatal?

Si _____ No _____

¿Por qué? _____

12. ¿Está satisfecha de la atención brindada por la enfermera al asistir a su Control Prenatal?

Si _____ b) No _____

c) ¿Por qué? _____

13. ¿Considera usted que con nuestra atención brindada le solucionamos su problema de salud?

Si _____ No _____

¿Por qué? _____

14. ¿Qué le gustaría que le explique el personal de salud al asistir a su cita del Control Prenatal?

15. ¿Si una mujer tuviera problemas con su embarazo, le recomendaría asistir al Control Prenatal?

Si _____ No _____

¿Por qué? _____

III. Factores asociados al abandono del control prenatal

- 1) Número de embarazos_____
- 2) Primigesta_____ Bigesta_____ multigesta_____
- 3) Grado de riesgo Obstétrico:
Alto_____ bajo_____
- 4) Horario de atención
8:00 AM- 12:00 MD_____
- 1:00PM - 4:00PM _____
- 5) Tiempo de Espera
De 15-30 minutos_____
- De 35-60 minutos_____
- Más de una hora_____

¡Gracias por su información!



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO No. 2**



**GUÍA DE OBSERVACIÓN A PERSONAL QUE BRINDA ATENCIÓN A
MUJERES EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD “MARIA DEL CARMEN
SALIERON” MUNICIPIO DE CHINANDEGA**

GUÍA DE ELEMENTOS DE OBSERVACIÓN

La presente guía de observación tiene como objetivo obtener información sobre la calidad de atención brindada a las mujeres embarazadas que asisten al programa de control prenatal.

DATOS GENERALES

Nombre del observador:

Nombre del Centro de Salud:

Ubicación del Centro de Salud:

Tiempo de observación:

Áreas relacionadas a la atención materno infantil:

1. Organización de la Atención:

a). Área de admisión

b) Atención de enfermería

c). Atención médica

d). Horarios establecidos: ¿Cuántas pacientes se atienden por la mañana y cuantas por la tarde?

e). Evaluación de los recursos con que cuenta para la atención. Humanos, infraestructura, insumos:

f). Organización interna de la atención: manejo de Tarjetero, mecanismos de control de la atención brindada:

g). Cuadros de mando:

2. Aspectos relacionados con el usuario:

a). Llenado de la tarjeta

b). cumplimiento de las citas, control de las mismas por parte del Centro de Salud.

c). Trabajo de terreno. Captaciones, seguimiento a las inasistentes.

d). Opinión de la población relacionada con la respuesta que brinda el Centro de Salud:

3. Satisfacción del Usuario Interno:

a). Número de Personal de enfermería asignado al Centro de Salud:

b). Existencia y aplicación de normas:

c). Nivel de preparación de los recursos asignados al programa.

d). Número de recursos asignados al programa: Médicos y de Enfermería.

4. Actividades relacionadas con la educación sanitaria.

a). temas

b). Consejería

C. opinión de los usuarios externos en cuanto a la orientación que le brinda el personal médico y de enfermería.

ANEXO NO. 2
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	INDICADOR	VALOR
Edad	CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICA	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el día actual.	Años cumplidos	- De 15 a 19 años. - De 20 a 25 años. - De 26 a 31 años. - De 32 a 37 años.
Procedencia		Lugar donde vive la persona.	Lugar de donde procede la persona.	- Urbano - sub. urbano - Rural
Ocupación		Trabajo o actividad en que la persona se desempeña	Actividad socio-económica desempeñada actualmente	Ama de casa Comerciante Técnica Profesional
Escolaridad		Período de tiempo durante el cual se asiste a la escuela	Nivel escolaridad alcanzado	Analfabeta Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Universitaria
Estado Civil		Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles	Condición legal	Casada Soltera Unión libre Divorciada Viuda
Religión		Fe que profesa una persona	Tipo de Religión	Católica Evangélica Ninguna
Ingreso económico		Cantidad de dinero que ingresa al núcleo familiar.	Ingreso Mensual	500-1000 1001-1500 1501 ó más.
Satisfacción del usuario		PERCEPCIÓN DEL PROCESO DE	Nivel de aceptación de	Nivel de satisfacción

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	INDICADOR	VALOR
	ATENCIÓN	la atención por parte del usuario externo.	del usuario.	
Accesibilidad geográfica.	FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO	Tiempo que tarda la persona a pie del domicilio a la unidad de salud.	Domicilio, cercano o alejado a la unidad de salud.	5 minutos. De 15 a 30 min. De 35 a 60 min. Más de 2 horas.
Horario de atención.		Tiempo definido para brindar atención a los usuarios.	Horario establecido para la atención.	AM PM
Disponibilidad de insumos médicos y no médicos.		Recursos existentes en función a la población demandante.	Existencia de equipos y tratamiento necesarios para la atención según normas.	Suficiente Insuficiente
Recursos Humanos		Personal asignado a las actividades de atención a la mujer.	No embarazadas por recursos de salud por Hora.	Suficiente Insuficiente

ANEXO NO. 3

CUADROS

Tabla 1. EDAD DE LAS MUJERES QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15-19	22	44
20-25	17	34
26-31	9	18
32-37	2	4
TOTAL	50	100

Entrevista a mujeres que abandonaron el control prenatal durante el período Octubre 2006-Marzo 2007.

Tabla 2. PROCEDENCIA DE LAS MUJERES QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	27	54
sub.-Urbana	23	46
TOTAL	50	100

Entrevista a mujeres que abandonaron el control prenatal durante el período Octubre 2006-Marzo 2007.

Tabla 3. OCUPACIÓN DE LAS MUJERES QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	42	84
Empleada doméstica	4	8
Empleo Informal	3	6
Maestra	1	2
TOTAL	50	100

Entrevista a mujeres que abandonaron el control prenatal durante el período Octubre 2006-Marzo 2007.

Tabla 4. NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria Completa	20	40
Primaria Incompleta	15	30
Secundaria Completa	6	12
Secundaria Incompleta	5	10
Técnico	1	2
Analfabeta	3	6
TOTAL	50	100

Entrevista a mujeres que abandonaron el control prenatal durante el período Octubre 2006-Marzo 2007.

Tabla 5. ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	11	22
Soltera	3	6
Acompañada	36	72
TOTAL	50	100

Entrevista a mujeres que abandonaron el control prenatal durante el período Octubre 2006-Marzo 2007.

Tabla 6. RELIGIÓN QUE PROFESAN LAS MUJERES QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	24	48
Evangélica	11	22
Ninguna	15	30
TOTAL	50	100

Entrevista a mujeres que abandonaron el control prenatal durante el período Octubre 2006-Marzo 2007.

Tabla 7. INGRESO ECONÓMICO DE LAS MUJERES QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

Ingreso económico	Frecuencia	Porcentaje
500-1000	2	4
1001-1500	2	4
Ningún sueldo	46	92
Total	50	100

Entrevista a mujeres que abandonaron el control prenatal durante el período Octubre 2006-Marzo 2007.

Tabla 8- ACCESIBILIDAD DE LAS USUARIAS QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

Accesibilidad	Frecuencia	Porcentaje
5 minutos	4	8
15 a 30 minutos	34	68
35 a 60 minutos	7	14
Más de 1 hora	5	10
TOTAL	50	100

Entrevista a mujeres que abandonaron el control prenatal durante el período Octubre 2006-Marzo 2007.

Tabla 9 MEDIO DE TRANSPORTE UTILIZADO POR LAS USUARIAS QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

Medio de transporte utilizado	Frecuencia	Porcentaje
Vehiculo particular	3	6
Transporte colectivo	10	20
A pie	34	68
Otros	3	6
TOTAL	50	100

Entrevista a mujeres que abandonaron el control prenatal durante el período Octubre 2006-Marzo 2007.

Tabla 10. VIVIENDA DONDE HABITAN LAS USUARIAS QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

Viviendas	Frecuencia	Porcentaje
Propia	6	12
Alquilada	16	32
Familiar	28	56
TOTAL	50	100.0

Entrevista a mujeres que abandonaron el control prenatal durante el período Octubre 2006-Marzo 2007.

Tabla No 11 TIPO DE TECHO DE VIVIENDA DONDE HABITAN LAS USUARIAS QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

Tipo de techo	Frecuencia	Porcentaje
Tejas	16	32
Zinc	22	44
Paja	3	6
Nicalit	9	18
TOTAL	50	100.0

Entrevista a mujeres que abandonaron el control prenatal durante el período Octubre 2006-Marzo 2007.

Tabla No 12 PAREDES DE LA VIVIENDA DONDE HABITAN LAS USUARIAS QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

Paredes	Frecuencia	Porcentaje
Bloques	9	18
Minifalda	12	24
Madera	27	54
Plástico	2	4
TOTAL	50	100.0

Entrevista a mujeres que abandonaron el control prenatal durante el período Octubre 2006-Marzo 2007.

Tabla No 13 TIPO DE PISO DE LAS VIVIENDAS DONDE HABITAN LAS USUARIAS QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

Tipo Piso	Frecuencia	Porcentaje
Ladrillos	15	30
Embaldosados	12	24
Tierra	23	46
TOTAL	50	100.0

Entrevista a mujeres que abandonaron el control prenatal durante el período Octubre 2006-Marzo 2007.

Tabla 14. SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

Satisfacción de usuarias	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecha	10	20
Insatisfecha	40	80
TOTAL	50	100.0

Entrevista a mujeres que abandonaron el control prenatal durante el período Octubre 2006-Marzo 2007.

Tabla 15. ATENCIÓN BRINDADA POR EL MISMO PERSONAL DE SALUD A LAS USUARIAS QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

Atención brindada por el mismo personal de salud	Frecuencia	Porcentaje
SI	13	26
NO	37	74
TOTAL	50	100

Entrevista a mujeres que abandonaron el control prenatal durante el período Octubre 2006-Marzo 2007.

Tabla 16. OPINIÓN BRINDADA SOBRE EL PROCESO DE ATENCIÓN DE LAS USUARIAS QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

Opinión brindada sobre el proceso de atención	Frecuencia	Porcentaje
El personal de salud tarda en brindar la atención.	25	50
Desorden en la atención brindada por el personal de salud	10	20
El personal médico llega tarde a la unidad de salud.	5	10
No existe atención de control prenatal por la tarde.	10	20
TOTAL	50	100

Entrevista a mujeres que abandonaron el control prenatal durante el período Octubre 2006-Marzo 2007.

Tabla 17. OPINIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL DE LAS USUARIAS QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

Opinión sobre la importancia del control prenatal	Frecuencia	Porcentaje
El personal médico explica el desarrollo del niño.	35	70
El personal médico explica el estado de salud de la embarazada.	15	30
TOTAL	50	100

Entrevista a mujeres que abandonaron el control prenatal durante el período Octubre 2006-Marzo 2007.

Tabla 18. ASPECTOS A FORTALECER EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN OPINIÓN DE LAS USUARIAS QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

Opinión brindada sobre el proceso de atención	Frecuencia	Porcentaje
Aumentar el número de personal médico para que se brinde una atención más rápida.	12	24
Brindar mejor información sobre el desarrollo del embarazo.	8	16
Que se Brinde atención por la tarde en el Centro de Salud para el control prenatal	10	20
Que el especialista atienda el control prenatal y la atención al alto riesgo obstétrico.	20	40
TOTAL	50	100

Entrevista a mujeres que abandonaron el control prenatal durante el período Octubre 2006-Marzo 2007.

Tabla 19.-HORARIO DE ATENCIÓN BRINDADO A LAS USUARIAS QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

Horario de atención	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	30	60
Inadecuado	20	40
TOTAL	50	100

Entrevista a mujeres que abandonaron el control prenatal durante el período Octubre 2006-Marzo 2007.

Tabla 20. TIEMPO DE ESPERA EN LA ATENCIÓN BRINDADA A LAS USUARIAS QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

Tiempo de espera	Frecuencia	Porcentaje
De 15 a 30 minutos	6	12
De 35 a 60 minutos	5	10
Más de 1 hora	39	78
TOTAL	50	100

Tabla No 21 QUIÉN MOTIVÓ A LAS USUARIAS A BUSCAR ATENCIÓN EN EL CONTROL PRENATAL DURANTE EL PERIODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

Quien la motivó a buscar atención.	Frecuencia	Porcentaje
Amigas	18	36
familiares	19	38
Vecinos	11	22
Otros	2	4
TOTAL	50	100

Entrevista a mujeres que abandonaron el control prenatal durante el período Octubre 2006-Marzo 2007.

Tabla No 22 TIPO DE ATENCIÓN BRINDADA EN EL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

Tipo de atención	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	7	14
Buena	23	46
Regular	15	30
Deficiente	5	10
TOTAL	50	100

Entrevista a mujeres que abandonaron el control prenatal durante el período Octubre 2006-Marzo 2007.

Tabla 23.- NÚMERO DE CONTROLES DE LAS MUJERES QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

Número de controles	Frecuencia	Porcentaje
1	20	40
2	17	34
3	13	26
TOTAL	50	100

Entrevista a mujeres que abandonaron el control prenatal durante el período Octubre 2006-Marzo 2007.

Tabla 24. TIPO DE PROFESIONAL QUE ATENDIÓ A LAS USUARIAS QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

Tipo de profesional	Frecuencia	Porcentaje
Medico Especialista	3	6
Medico General	30	60
Enfermera	17	34
TOTAL	50	100

Entrevista a mujeres que abandonaron el control prenatal durante el período Octubre 2006-Marzo 2007.

Tabla No 25 NÚMEROS DE EMBARAZOS DE LAS MUJERES QUE ABANDONARON EL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

No de embarazos	Frecuencia	Porcentaje
Primigesta	21	42
Bigesta	18	36
Multigesta	11	22
TOTAL	50	100

Entrevista a mujeres que abandonaron el control prenatal durante el período Octubre 2006-Marzo 2007.

CRUCE DE VARIABLES

Tabla No 26 RELACIÓN ENTRE ESCOLARIDAD Y EDAD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL DURANTE EL PERIODO OCTUBRE 2006 - MARZO 2007.

Escolaridad	Edad									
	15-19 años		20-25 años		26-31 años		32-37 años		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frc.	%	Frec	%	Frc	%
Primaria completa	15	30	5	10	-	-	-	-	20	40
Primaria incompleta	4	8	7	14	3	6	1	2	15	30
2ria completa	2	4	4	8	-	-	-	-	6	12
2ria incompleta	1	2	-	-	4	8	-	-	5	10
Técnica	-	-	1	2	-	-	-	-	1	2
Analfabeta	-	-	1	2	1	2	1	2	3	6
TOTAL	22	44	17	34	8	16	2	4	50	100

Entrevista a mujeres que abandonaron el control prenatal durante el período Octubre 2006-Marzo 2007.

Tabla No 27 RELACIÓN ENTRE OCUPACIÓN Y EDAD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL DURANTE EL PERIODO OCTUBRE 2006 - MARZO 2007.

Ocupación	Edad									
	15 -19 años		20-25 años		26-31 años		32-37 años		Total	
	FRE C	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Ama de casa	6	12	4	8	1	2	1	2	12	24
Desempleada	15	30	10	20	3	6	2	4	30	60
Doméstica	2	4	1	2	1	2	-	-	4	8
Empleo informal	-	-	1	2	2	4	-	-	3	6
Maestra	1	2	-	-	-	-	-	-	1	2
TOTAL	24	48	16	32	7	14	3	6	50	100

Entrevista a mujeres que abandonaron el control prenatal durante el período Octubre 2006-Marzo 2007.

Tabla No 28 RELACIÓN ENTRE EDAD Y NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL DURANTE EL PERIODO OCTUBRE 2006 - MARZO 2007.

No. De Controles	Edad									
	15-19 años		20-25 años		26-31 años		32-37 años		Total	
	frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
1 CPN	9	18	5	10	5	10	1	2	20	40
2 CPN	6	12	8	16	2	4	1	2	17	34
3 CPN	7	14	4	8	2	4	-	-	13	26
TOTAL	22	44	17	34	9	18	2	4	50	100

Entrevista a mujeres que abandonaron el control prenatal durante el período Octubre 2006-Marzo 2007.

TABLA No. 29-CAUSAS ASOCIADAS AL ABANDONO DE LAS MUJERES EMBRAZADAS DEL CENTRO DE SALUD MARIA DEL CARMEN SALMERÓN DURANTE EL PERIODO OCTUBRE 2006 MARZO 2007.

No.	VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1.	Tiempo de espera mayor de 1 hora.	39	78%
2.	No fue atendido por la misma persona	37	74%
3.	Personal de salud del programa tarda en brindar la atención.	25	50%
4.	Medico llega tarde	5	10%
5.	Desorden en la atención, no atienden en orden de llegada.	10	20%
6.	El médico no atiende el control prenatal y los otros problemas de salud que presenta la paciente.	10	20

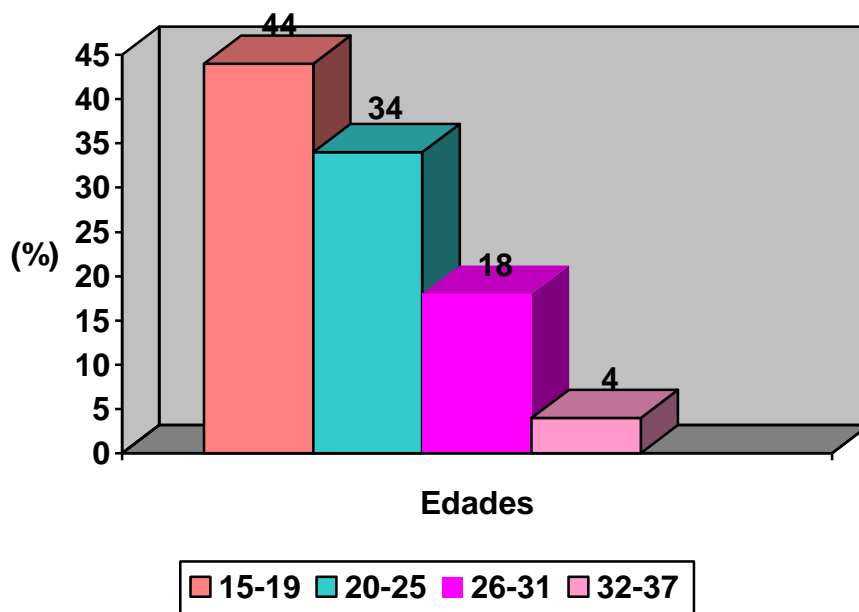
Entrevista a mujeres que abandonaron el control prenatal durante el período Octubre 2006-Marzo 2007.

ANEXO NO 4

GRÁFICOS

EDAD DE LAS MUJERES QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

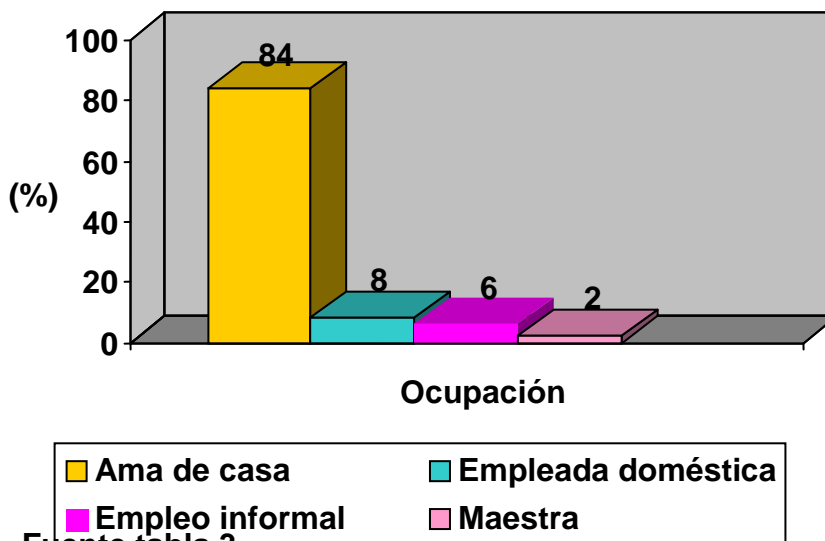
Gráfica 1



Fuente tabla 1

OCUPACIÓN DE LAS MUJERES QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

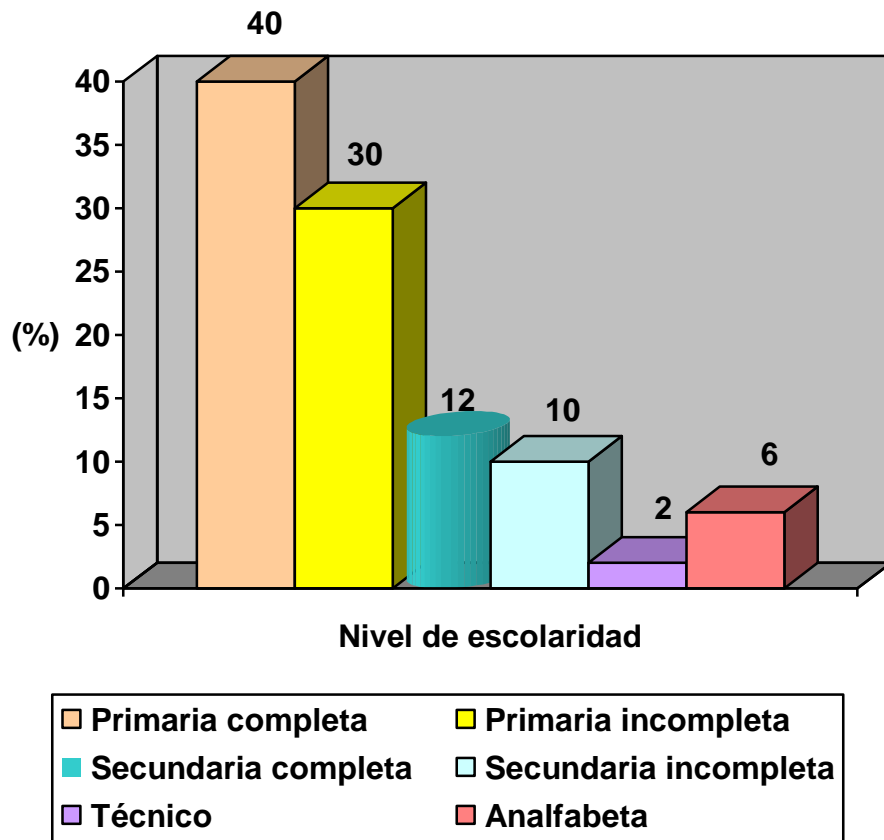
Gráfica 2



Fuente tabla 3

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL EN EL PERÍODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

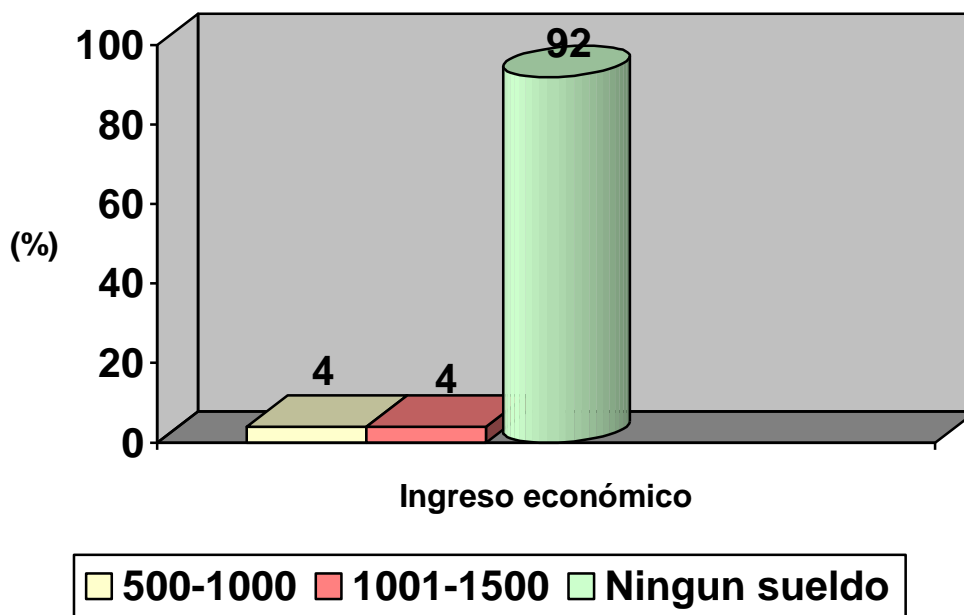
Gráfica 3



Fuente tabla 4

INGRESO ECONÓMICO DE LAS MUJERES QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

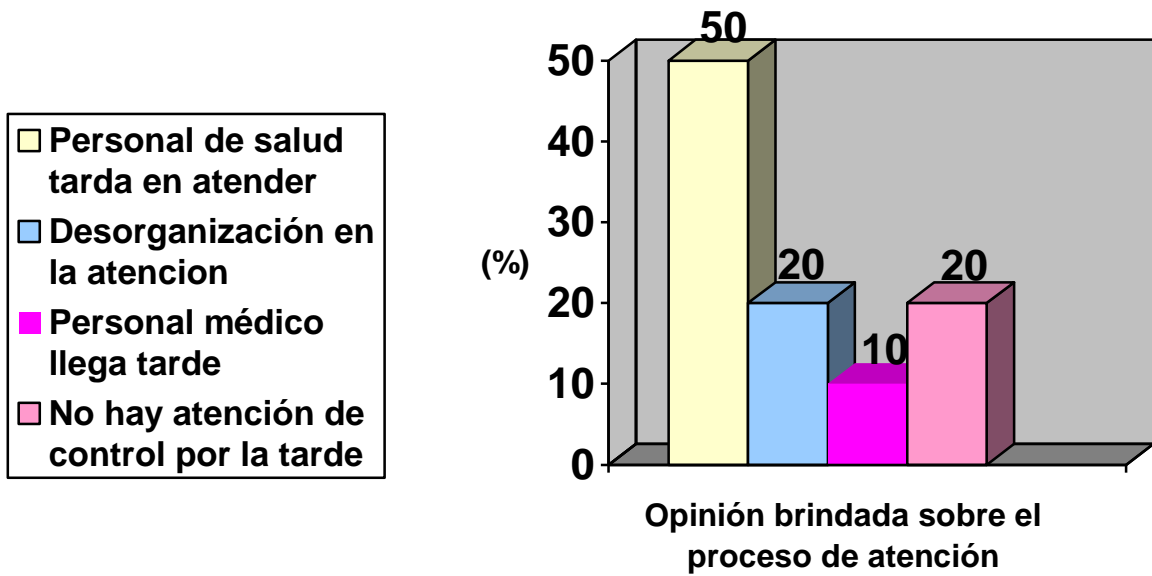
Gráfica 4



Fuente tabla 7

OPINIÓN BRINDADA SOBRE EL PROCESO DE ATENCIÓN DE LAS USUARIAS QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

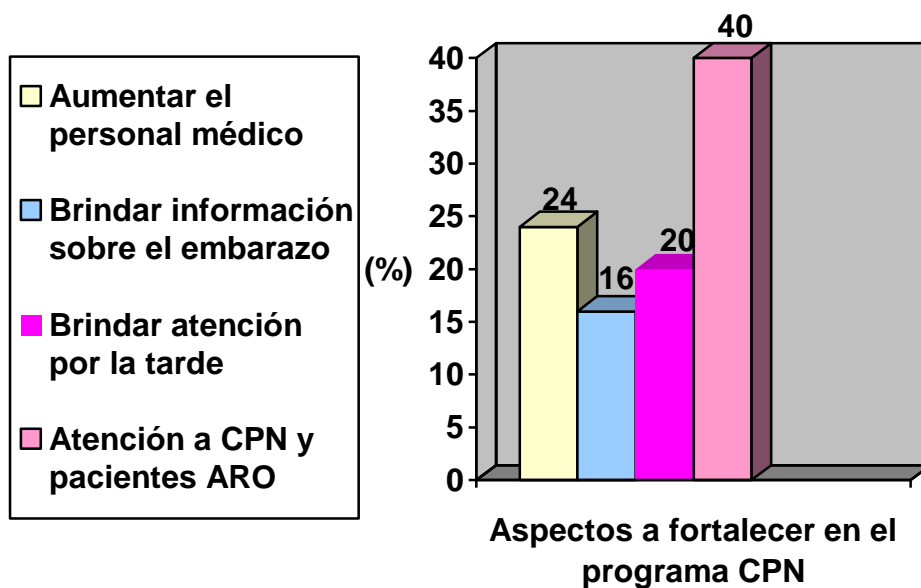
Gráfica 5



Fuente tabla 16

ASPECTOS A FORTALECER EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRENATAL
SEGÚN OPINIÓN DE LAS USUARIAS QUE ABANDONARON EL CONTROL
PRENATAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

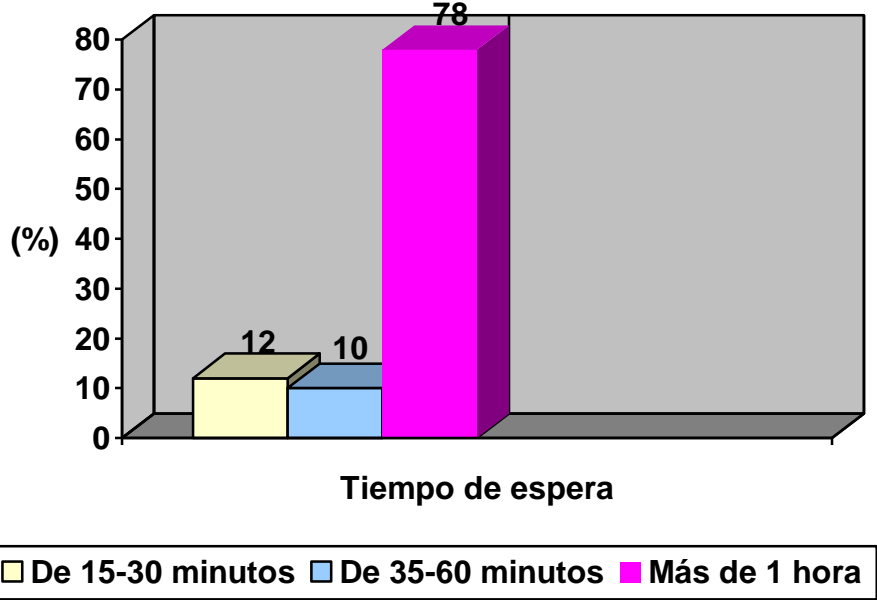
Gráfica 6



Fuente tabla 18

TIEMPO DE ESPERA EN LA ATENCIÓN BRINDADA A LAS USUARIAS QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

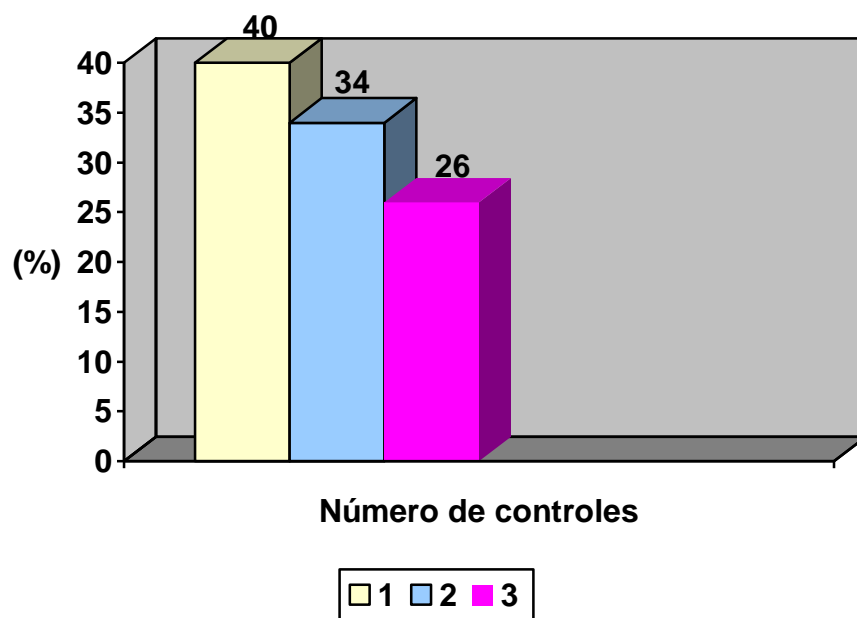
Gráfica 7



Fuente tabla 20

NÚMERO DE CONTROLES DE LAS MUJERES QUE ABANDONARON EL CONTROL PRENATAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2006 A MARZO 2007.

Gráfica 8



Fuente tabla 23