

CAUSAS DE INASISTENCIA A CONTROL PRENATAL Estudio Descriptivo en Bogotá

Carmen Rosa Esguerra Velandia*
Irene Esguerra de Cárdenas**

En el Instituto Materno Infantil de Santafé de Bogotá, se realizó este estudio de tipo descriptivo correlacional sobre "Causas por las cuáles las gestantes acuden tardiamente al control prenatal, reciben un número bajo de controles o no reciben ninguna atención de salud durante la gestación".

Para ello se realizó una encuesta a 158 madres que estuvieron hospitalizadas en el servicio de puerperio durante el mes dedicado a la recolección de información y que cumplieran con los criterios de selección establecidos. Además de las investigadoras participaron en esta etapa cinco estudiantes que cursaban la asignatura de Metodología de la Investigación.

El análisis de datos permite destacar la presencia de factores biológicos, psicológicos y socioculturales como condicionantes de la inasistencia o asistencia tardía al control prenatal.

INTRODUCCION

En nuestro país el comportamiento de captación y control prenatal se ha caracterizado por ser tardío (último trimestre de la gestación) y en número promedio bajo, con un número elevado de madres que no

* Profesora Asistente, Facultad de Enfermería, U.N.

** Profesora Asistente, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional. Magíster en Investigación y Docencia Universitaria, Universidad Santo Tomás.

reciben ninguna atención de salud durante la gestación y sólo asisten al hospital o centro de salud para el tratamiento de las complicaciones o para la atención del parto, lo cual ha repercutido en las altas tasas de mortalidad materna y perinatal por causas evitables.

En Colombia la mortalidad infantil ha tenido un descenso acelerado en los últimos 35 años, principalmente a expensas de la postneonatal condicionada por factores exógenos que han sido objeto de intervenciones directas como las sales de rehidratación oral, la lactancia materna y las inmunizaciones entre otras, registrándose una disminución de más del 50% en el período 1973- 1985. Sin embargo, la disminución de la mortalidad neonatal precoz es la que menos cambios ha tenido en los últimos 15 años, así como las secuelas invalidantes en el niño originadas en este período (1). Lo anterior hace que sean apremiantes nuevas acciones o estrategias en el campo perinatal, con tareas dirigidas a mejorar la atención de la gestante en la etapa prenatal, parto y postparto, así como a brindar un cuidado óptimo al recién nacido.

Con relación a la estructura de mortalidad materna aparecen como primeras causas, sin modificaciones en los últimos años, las siguientes: la hipertensión inducida por la gestación; las hemorragias de la gestación, parto y postparto; el aborto y otras complicaciones del trabajo de parto, parto y puerperio; situaciones que por sus características son susceptibles de reducción mediante la intervención oportuna a través de un control prenatal precoz, oportuno y de calidad.

La tasa de mortalidad materna actual estimada en 107 muertes por 100.000 nacidos vivos, es el indicador de salud que menor transformación ha presentado en los últimos años (2).

Los factores ambientales, socioeconómicos y educacionales ejercen una influencia definitiva en la morbimortalidad perinatal y de éstos se desprenden las principales causas de mortalidad perinatal, a saber: la desnutrición materna, la ruptura prematura de membranas, el parto prematuro, la hipertensión crónica o inducida por la gestación, el parto distósico, la hipoxia fetal y las anomalías congénitas.

Durante los últimos años se han realizado en el país esfuerzos importantes para proveer servicios básicos de salud a través de la estrategia de atención primaria en las áreas marginales urbanas y rurales, particularmente orientadas a mejorar la atención de la madre y del niño, sin embargo hay un gran volumen de población que no recibe asistencia en salud y otro que solo acude ante la evidencia de enfermedad.

Si se tiene en cuenta que el control prenatal es en parte un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, del feto, del recién nacido y de la familia, apoyados en la organización de los servicios de salud, se hace necesaria la identificación de los factores que inciden en la inasis-

CAUSAS DE INASISTENCIA A CONTROL PRENATAL

tencia total o parcial al control prenatal para poder proponer acciones tendientes a mejorar la salud materna y perinatal.

La identificación de los factores de riesgo desde el inicio de la gestación pueden llevar a diagnósticos tempranos y tratamientos oportunos, en ocasiones especializados. En la medida que la atención prenatal se realice más tempranamente se podrá ampliar la capacidad para prevenir, corregir, compensar y tratar las complicaciones.

El beneficio potencial de la detección de estados iniciales de complicaciones durante la gestación, se minimiza por la asistencia tardía de la gestante al control prenatal y por la baja calidad en la atención, con deficiencias en tecnología y sistemas de remisión e información.

En cada control prenatal se debe evaluar el riesgo empleando tiempo para dar educación a la madre, prepararla física y psicológicamente sobre su estado y los cuidados que éste implica; creando mayor acercamiento y confianza hacia los servicios de salud se facilitará una mejor disposición de la madre para su autocuidado y la detección oportuna de problemas que le puedan complicar su gestación y para buscar ayuda prontamente a las instancias pertinentes.

El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, manejando el enfoque de riesgo tiene un enorme potencial de contribución a la salud materna y perinatal y es un claro ejemplo de la medicina preventiva.

METODOLOGIA

Este estudio es de tipo descriptivo correlacional ex post facto por medio del cual se determinan algunas causas para la inasistencia total o parcial al control prenatal en un grupo de mujeres que asistieron al Instituto Materno Infantil de Bogotá para la atención del parto.

La muestra quedó constituida por 158 madres. Teniendo como criterios de selección la inasistencia total a control prenatal, la asistencia tardía (tercer trimestre) y el número bajo de controles (uno o dos).

Para la recolección de la información se elaboró un cuestionario estandarizado de opinión, con 100 preguntas cerradas en su mayor parte, de tipo dicotómico y de alternativas múltiples.

De las 158 gestantes de la muestra 85 no tuvieron ningún control prenatal, 39 asistieron a una consulta, 26 a dos controles y 8 alcanzaron a recibir tres controles pero tardíamente (ver Tabla 1).

El análisis de datos contempla aspectos relacionados con:

1. Características sociodemográficas de la muestra.

2. Antecedentes obstétricos.
3. Terminación y complicaciones de la última gestación.
4. Captación y remisión de gestantes.
5. Valoración de la calidad de atención recibida por las madres que asistieron a algún control prenatal.
6. Causas de inasistencia al control prenatal.

CONCLUSIONES

1. Las madres de la muestra se encuentran en su mayor parte en edades consideradas de bajo riesgo reproductivo (20 a 31 años), predomina la unión de hecho y proceden de Bogotá. El índice de escolaridad es bajo y el mayor porcentaje se dedica a labores de hogar y servicio doméstico, de donde se desprende un bajo nivel de ingreso.
2. Dentro de los riesgos obstétricos de la muestra se destacan:

- Presencia de porcentajes no despreciables de primiparidad, embarazos en edad reproductiva temprana y abortos previos.
- Evidencia de signos o síntomas de complicación compatibles con las principales causas de mortalidad materna y perinatal: Hipertensión arterial inducida por la gestación, infección urinaria, sangrado vaginal, etc. (Gráfica No. 1).
- Datos de mortalidad materna como consecuencia de sepsis puerperal y de mortalidad perinatal originada por bajo peso al nacer y la prematurez (ver Tabla No. 1).

Situaciones todas que requerían de un control prenatal temprano y oportuno.

3. Los principales factores relacionados con la inasistencia al control prenatal son:
 - La educación, encontrándose una dependencia relativa entre el nivel educativo y la asistencia al control prenatal: a mayor nivel educativo mayor asistencia a control prenatal (Gráfica No. 2).
 - La ocupación en actividades inestables y de poco reconocimiento social dificultan la asistencia a control prenatal, mientras que la ocupación de ama de casa es la que ofrece mayores facilidades para asistir.

CAUSAS DE INASISTENCIA A CONTROL PRENATAL

- La falta de definición de una unión estable de la pareja (el madresolterismo) y el embarazo indeseado incide en la motivación para asistir tempranamente a control prenatal.
- Creencias erradas acerca del proceso salud enfermedad, hacen que las gestantes consulten a profesionales de la salud sólo cuando hay evidencia de enfermedad o necesitan tratamiento.
- La práctica de un control prenatal despersonalizado, donde no se tiene en cuenta una adecuada preparación física y psicológica para los procedimientos y exámenes rutinarios, favorecen la desmotivación hacia el control prenatal.
- Problemas relacionados con la organización de los servicios de salud como: incumplimiento, entrega temprana de fichas y demora en la atención (ver Tabla No. 2).
- Falta de recurso económico para el pago de la consulta, el transporte, los exámenes de laboratorio, a lo cual se suma la pérdida de horas laborales.

RECOMENDACIONES

1. Promover por diferentes medios y estrategias la asistencia precoz y periódica al control prenatal.
2. Fortalecer la confiabilidad hacia los servicios de salud, mejorando la calidad de atención y el trato humanizado a la gestante, al recién nacido y a toda persona que solicite los servicios de salud.
3. Educar a la población escolar y adolescente sobre sexualidad humana y el compromiso de la persona en la búsqueda y conservación de la salud, haciendo énfasis en los riesgos reproductivos.
4. Proponer a los organismos de salud cambios en su sistema organizativo, principalmente en lo relacionado con normas de atención y respeto hacia el usuario.
5. Ampliar el campo de acción de la enfermera para asumir funciones más directas en la prestación de servicios materno-infantiles utilizando la estrategia de atención primaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MINISTERIO DE SALUD. DIVISION MATERNOINFANTIL Y DINAMICA DE POBLACION. Atención de la Salud Materna y Perinatal. Taller sobre aspectos gerenciales en la salud materna en los países de la Región Andina. Cali, 1988. Pg. 7-8.
2. _____, _____. Situación de la Salud Materna Infantil en Colombia. Bogotá. 1990. Pg. 8.

GRAFICA No. 1

COMPLICACIONES GESTACIONALES

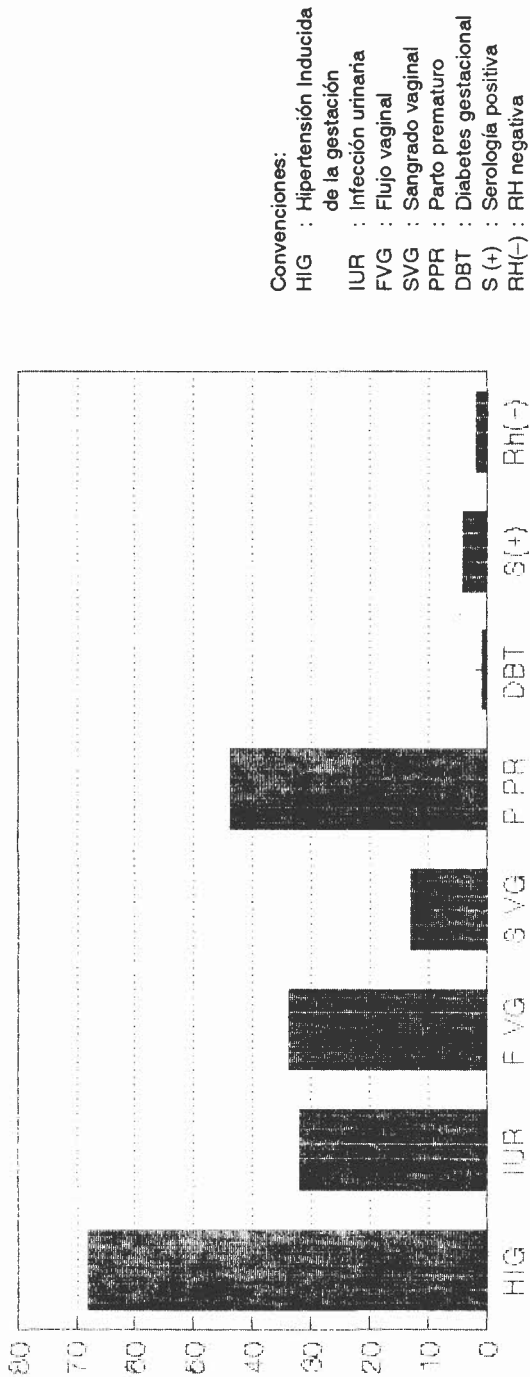


TABLA No. 1
Causas de la Mortalidad Materna
y Perinatal

Tipo	Causa	No.	%
Materna	Sepsis Puerperal	1	0.6
	Total	1	0.6
Perinatal	1. Parto Prematuro asociado con:		
	Prolapso del corazón	1	0.6
	Circulares	1	0.6
	RPM y circulares	1	0.6
	Hipoxia intrauterina	2	1.3
	Parto gemelar	1	0.6
	2. Hipertensión crónica o inducida por la gestación	3*	1.9
	3. Sífilis	1*	0.6
	TOTAL	10	6.2
	*: Contempla un pretérmino		

ESCOLARIDAD Y C P N RELACION

GRAFICA No. 2

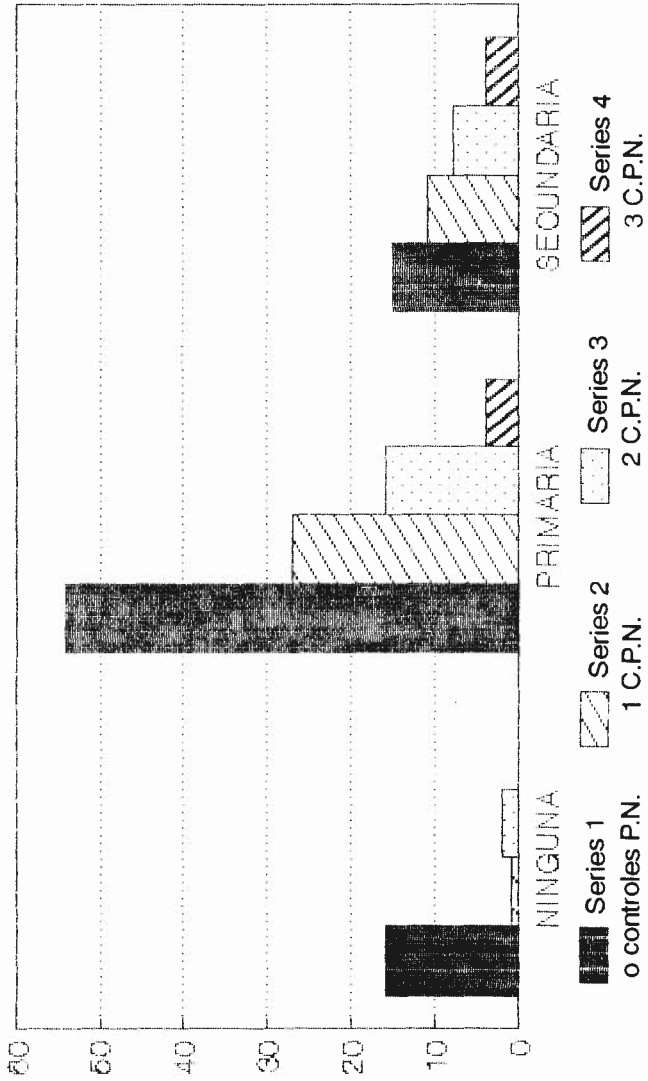


TABLA No. 2
Factores Relacionados con la Prestación de Servicios de Salud

Número de C.P.N. FACTORES	0			1			2			3			TOTAL					
	SI	NO	S R	SI	NO	S R	SI	NO	S R	SI	NO	S R	%	NO	%	S R	%	
	• Distancia	21	56	8	8	26	5	10	14	2	4	4	4	4	27.2	100	63.3	15
• Reparto temprano de fichas	42	17	26	17	16	6	16	8	2	7	1	-	-	51.9	42	26.6	34	21.5
• Demora en la atención	37	20	28	20	13	6	12	12	2	5	3	-	-	46.8	48	30.4	36	22.8
• Incumplimiento en la atención	18	27	40	4	25	10	9	15	2	1	7	-	-	20.3	74	46.8	52	32.9
• Control prenatal en la mañana	25	25	35	10	20	9	10	14	2	4	4	-	-	31.0	63	39.9	46	29.1
• Falta de confianza en el personal	33	46	6	12	26	1	15	11	-	2	6	-	-	39.2	89	56.3	7	4.5