

Consulta prenatal: motivos de inasistencia, ¿se justifica?

Drs. Pedro Faneite A, Clara Rivera, Fátima Rodríguez, Rosanna Amato, Shirley Moreno, Lynmer Cangemi

Universidad de Carabobo, Departamento Clínico Integral de la Costa, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Departamento de Obstetricia y Ginecología, Puerto Cabello, Estado Carabobo, Venezuela

RESUMEN

Objetivo: Conocer qué factores personales (epidemiológicos, socioeconómicos), institucionales y médicos están relacionados con la inasistencia a la consulta prenatal.

Ambiente: Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo.

Métodos: Estudio descriptivo epidemiológico, analítico de corte transversal, basado en una entrevista-encuesta, en 1000 pacientes que en el embarazo actual o pasado no se controlaron durante el año 2008.

Resultados: En factores epidemiológicos, predominó residencia en barrios (57,2 %), educación secundaria (59,7%), estado civil soltera (48,1 %) y la edad entre 20-29 años (40,4 %). Con los factores sociales, dominó el domicilio lejano (52,3 %), en los económicos, el desempleo (27,3 %) y en la educación prenatal, el desconocimiento de la importancia del control (48,8 %). En los factores institucionales fue determinante el ambiente inadecuado de la consulta (39,2 %) y la ubicación lejana del centro de salud (19,3 %). En factores de atención médica refirieron, consulta de baja calidad (29,8 %), seguida de la opinión de pocas horas de consulta (23,2 %).

Conclusión: La falta a la consulta prenatal está relacionada con múltiples factores, esto conlleva a la instauración de actividades educativas, incluye desarrollar acciones efectivas para elevar la calidad de vida, rescate de programas preventivos de salud, además de reparación y dotación de las instalaciones de salud; sin olvidar mejoras del acto médico.

Palabras clave: No control prenatal. Factores asociados.

SUMMARY

Objective: To know what personal (epidemiological, socioeconomic), institutional and medical factors are related to non attendance to prenatal care.

Setting: Department of Obstetrics and Gynecology, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo.

Methods: Descriptive, epidemiological, analytical, transversal study, based in a interview-survey, in 1000 patients with no prenatal care in the actual or previous pregnancy during 2008.

Results: In epidemiological factors, prevailed suburb residency (57.2 %), high school education (59.7%), marital status single (48.1 %), and age between 20-29 years (40.4 %). In social factors, predominated distant residence (52.3 %), in the economical, unemployment (27.3 %) and in prenatal education, ignorance of the importance of the prenatal care (48.8 %). In the institutional factors was determinant unappropriated environment (39.2 %) and distant location of the health center (19.3 %). In the medical attention factors, reported low quality of the consultation (29.8 %), followed by few hours of attendance (23.2 %).

Conclusion: The lack of prenatal care is related to multiple factors, that suggest the instauration of educative activities to elevate the life quality, rescue of the health preventive programs, and repairing and equip of health infrastructure; without forget the improvement of the medical act.

Key words: No prenatal care. Associate factors.

INTRODUCCIÓN

La atención prenatal permite disminuir las molestias y síntomas propias del embarazo, vigilar el crecimiento y vitalidad fetal; además identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo, incluso es un momento óptimo

para la preparación física y mental de la madre para el nacimiento de su hijo y al fin de cuentas, todo contribuye en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal (1-3).

A pesar de estas bondades prenatales, la asistencia a la consulta prenatal en nuestro país no ha alcanzado

los niveles mas adecuados, se han estudiado varias facetas de las pacientes que asisten al control prenatal, tales como número de consultas, momento de inicio, calidad, factores socioeconómicos (4-8).

En nuestra región, cuando analizamos la mortalidad fetal se encontró que no se controló el embarazo 48,22 % de las pacientes (9), al estudiar la mortalidad neonatal no lo hizo el 47,69 % (10), al revisar la prematuridad esto se repitió entre 71,89 % (11) y 53,2 % (12), en el análisis de la muerte materna se encontró entre 31,57 % (13) y 33,33 % (14). Hay más, en dos estudios de relación entre la consulta prenatal y mortalidad perinatal (15,16), observamos que luego de una disminución importante en el número de consultas prenatales, hubo un aumento de la mortalidad perinatal de manera importante.

Esta realidad lleva a que en un número elevado de gestantes cuando llega el momento de su parto desconoce su estado de salud, además se ignora cómo ha evolucionado y de qué manera se ha adaptado esta futura madre y su feto al intrincado proceso de gestación; mas aún, sólo consultan cuando tienen una complicación, disminuyendo de esta manera las posibilidades de éxito con terapéuticas de emergencias.

Atentos a esta problemática de salud pública realizamos un primer estudio a fin de respondernos la pregunta ¿por qué no se controla la embarazada? durante el año 2001 (17), los resultados revelados fueron nada alentadores, es por esto que ocho años mas tarde pretendemos hacer un nuevo estudio y seguimiento a esta lamentable situación.

MÉTODOS

Son estudiadas 1000 pacientes que asistieron a la Consulta Prenatal y Sala de Parto del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" durante el año 2008.

La investigación es un estudio descriptivo epidemiológico, analítico de corte transversal, sustentado en una entrevista y encuesta; se tomaron pacientes cuyo embarazo actual o pasado no fue controlado. Se obtuvieron datos relativos a ese embarazo. Los mismos son copilados de esta manera: epidemiológicos (residencia, educación, estado civil, edad); seguido de aspectos socioeconómicos, en primer término factores sociales (domicilio lejano, falta de transporte, etc.); luego razones económicas (no tiene para cancelar el transporte, medicinas, etc.), justificación educativa prenatal (falta motivación, desconocimiento de la importancia). El aspecto institucional (centro lejano, horario inapropiado,

ausentismo del personal, huelga médica, no funcional la consulta, mala imagen de la consulta, no dan medicina). Y como último el renglón del personal médico (consulta de baja calidad, lo tratan mal, ausentismo laboral).

La entrevista por ser un método directo de recolección de información, fue necesario explicar el objeto de la misma, expresándole que el fin es mejorar el servicio que se le presta a las gestantes, agradeciéndole que fuesen reales las respuestas; seguidamente se inició la recolección de información y opinión, acorde a la secuencia determinada por el formulario previamente elaborado, de tener alguna duda se le dispó con explicaciones razonadas. La pregunta básica fue relativa a la o las razones de su inasistencia o ausencia a la consulta prenatal.

A cada encuesta se le hizo una revisión detallada. Todos los datos son recabados en fichas y vaciados en cuadros de distribución de frecuencia para el análisis respectivo.

RESULTADOS

Los factores epidemiológicos son presentados en el Cuadro 1. Observamos que predominó la residencia en barrios (57,2 %), la educación primaria (59,7 %), el estado civil concubina (48,1 %), y el grupo edad de 20-39 años (40,4 %).

Cuadro 1

Datos epidemiológicos

Residencia	Educación (semanas)	Estado civil	Edad materna
Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)
Barrio	Primaria	Concubina	≤ 14
542 (57,2)	315 (31,5)	481 (48,1)	23 (2,3)
			15 -19
Rural	Secundaria	Casada	108 (10,8)
245 (24,5)	597 (59,7)	120 (12)	20-24
			205 (20,5)
Urbanización	Analfabeta	Soltera	25-29
183 (18,3)	38 (3,8)	393 (39,3)	199 (19,9)
			30-34
	Universitaria	Divorciada	235 (23,5)
	50 (5)	06 (0,6)	35- 39
			200 (20)
			≥ 40
			30 (3)

En el Cuadro 2 se muestran los factores socioeconómicos. Apreciamos que en los sociales dominó el domicilio lejano (52,3 %) y el cambio

CONSULTA PRENATAL. INASISTENCIA

de domicilio (25 %). En los económicos, el desempleo (27,3 %) y costo de los medicamentos (20 %). En la educación prenatal, fue determinante el desconocimiento de la importancia del control (48,8 %) y la falta de motivación (35,1%).

Cuadro 2
Factores socio-económicos

Social	Económico	Educación prenatal
Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)
Domicilio lejano 523 (52,3)	Desempleo (a) 273 (27,3)	Sin importancia (a) 488 (48,8)
Cambio de domicilio (a) 250 (25)	Transporte (b) 100 (10)	No motivación (b) 351 (35,1)
No Transporte (b) 192 (19,2)	Costo de exámenes (c) 188 (18,8)	a y b 161 (16,1)
a y b 23 (2,3)	Costo de medicamentos (d) 200 (20)	
Ninguna 12 (1,2)	a y b = 90 (9) b y c = 89 (8,9) c y d = 60 (6)	

Los factores institucionales se resumen en el Cuadro 3. Tenemos en este renglón de manera determinante el ambiente inadecuado de la consulta (39,2 %) y la ubicación lejana del Centro de Salud (19,3%), una combinación de ambos aporta un 9 % adicional.

Cuadro 3
Factores institucionales

Causa	N	%
Condición inadecuada (a)	392	39,2
Control Lejano (Citas distantes) (b)	193	19,3
Ambas a y b	90	9,0
No dan remedio	72	7,2
Corto tiempo	133	13,3
Horario inadecuado	81	8,1
No hay equipos de ecografía	103	10,3
Otros	06	0,6
Total	1000	100

En el Cuadro 4 están reseñados los factores de atención médica. La mayoría emitió la opinión: consulta de baja calidad (29,8 %), seguida de, pocas horas de consulta 23,2 %, y luego ambas condiciones 19,7 %.

Cuadro 4

Factores de atención médica

Causa	N	%
Baja calidad (a)	298	29,8
Pocas horas de consulta (b)	232	23,2
Ambas a y b	197	19,7
Huelga médica	90	9,0
Maltrato médico	83	8,3
Sin observación	100	10,0
Total	1000	100,0

DISCUSIÓN

Las madres que tardíamente reciben o no asisten al cuidado prenatal son más propensas a tener niños con problemas de salud, las que no reciben control prenatal son tres veces más riesgosas a tener hijos de bajo peso y sus neonatos tienen cinco veces más posibilidades de morir (18). Sin embargo, hay un concepto expresado por investigadores que refieren que el incremento del cuidado prenatal exclusivo, no es suficiente para garantizar un final feliz, muchas mujeres que no tienen un adecuado control también poseen factores de riesgo sociales relacionados, como pueden ser un bajo estado socioeconómico, edades jóvenes, etc.; todos estos factores unidos no les permiten obtener un adecuado cuidado prenatal (19).

Ahora bien, ¿qué factores están incidiendo en la conducta de la gestante al no asistir a su control?

La asistencia y consulta prenatal es una recomendación clásica y universalmente aceptada para toda gestante. En esta segunda oportunidad decidimos conocer las razones por la cual las embarazadas de nuestra región no asisten a estas consultas. En efecto, durante el año 2001 realizamos un estudio similar en esta misma población hospitalaria (17), y sus resultados servirán de comparación a los obtenidos con este nuevo trabajo.

En relación a las características de las pacientes, podemos señalar que en general son mujeres jóvenes en edad reproductiva, residentes en barrios con serias limitaciones socioeconómicas, con predominio de estudios de primaria, lo que revelaría su bajo nivel educacional, y rodeado de un ambiente de inestabilidad familiar al ser grupos familiares unidos por un concubinato. Todas estas características se encontraron en el estudio previo (17), y han sido referidas en otros trabajos sobre el tema (4,6,8). En el fondo hay fragilidad familiar, inestabilidad afectiva.

Los factores socioeconómicos suelen tener un

peso muy importante al justificar cualquier falla en la asistencia médica; en efecto, desde el punto de vista social el hecho de vivir alejado del centro de salud lo esgrimió más de la mitad de las pacientes, cambio de domicilio una cuarta parte de ellas. En cuanto a problemas económicos, casi un tercio señaló al desempleo, una quinta parte el alto costo de los medicamentos. Hay estudios que han señalado la importancia de estos factores en la consulta prenatal (4,5,7). Debemos manifestar que las deficiencias de la educación en salud estuvo presente, esto lo vemos cuando encontramos que casi la mitad expresó que desconocía la importancia de la consulta prenatal y más del tercio opinó que no estaba motivada a asistir a este tipo de consulta. Estas razones la han señalado en otros estudios (6,8). Si reseñamos lo encontrado en el trabajo antecesor (17), se nos revela que las repuestas fueron casi idénticas, con escasas variaciones porcentuales.

Comentar aspectos relativos a los factores institucionales amerita atención especial, pues estamos hablando de los locales donde se prestan los servicios médicos; nos ha llamado poderosamente la atención que cuatro de cada seis pacientes manifestaron que eran inadecuados, y dos de cada diez, refirió que estaba ubicado muy distante de su residencia, y ambas situaciones sumaron un 10 % adicional; esta situación se mantiene según los resultados de trabajo anterior (17), en otras palabras, el estado de la planta física donde los pacientes son atendidos no llenan las condiciones a criterio de sus usuarios, esto debería revisarse con cuidado pues son razones de peso para faltar a las consultas (6).

Otra faceta interrogada a las pacientes fue satisfacción del servicio prestado por el facultativo, conocida como atención médica. Nos preocupa que en el primer trabajo un 15 % señaló que la consulta médica era de baja calidad, y en esta oportunidad esa cifra se duplicó; el otro evento expuesto fue las pocas horas de consulta, en el trabajo previo fue notificado 10 %, pero ahora se duplicó, y aún más, otro 20 % adicionó ambos factores. Esto nos está advirtiendo de la calidad, humanización y respeto del acto médico, aspectos que son fundamentales en los momentos actuales, se nos reclama que debemos tomar de nuevo los principios éticos y morales que nos señala el código de nuestra profesión.

Finalmente al confrontar los resultados de esta investigación con los expuestos hace ocho años por estas nuevas pacientes de la misma región y los mismos centros de salud, revelan casi las mismas opiniones en relación a los diversos factores analizados. Pareciera

que no hemos avanzado en materia de soluciones antes los problemas básicos de salud. Coincidimos con lo señalado por el Fondo de la Naciones Unidas para protección del niño y el infante (UNICEF) en el año 2000 (20), en relación al beneficio que aportaría la consulta prenatal, en particular en las poblaciones de bajos recursos socioeconómicos, donde los retos de educación están a la orden del día, las limitaciones del acceso y calidad de buenos servicio de salud están presentes, inclusive afirmaron que las deficiencias de consulta prenatal están contribuyendo de manera determinante en 600 000 muertes maternas anuales, y de los 5 millones de infantes que mueren antes, durante o la primera semana de vida (20).

En este marco de circunstancias vigentes en el tiempo para la mujer embarazada se hace necesario planes gubernamentales que le permitan a la población elevar su estándar de vida de una manera integral, donde la lucha contra la pobreza debe ser un objetivo verdadero. Es apremiante retomar la salud preventiva, los programas de salud materno-infantil deben volver a ser prioridad nacional. Los locales de asistencia médica deben ser reparados y dotados suficientemente de equipos y medicina de manera continua y programada, construyendo los centros necesarios a distancia razonable a los poblados. La atención médica está reclamando una nueva proximidad a la humanización amparada en el código médico de reconocimiento mundial. Y la comunidad esta llamada a organizarse y participar en todos los proyectos de salud con verdadero sentimiento de ciudadano colaborador en pro de la salud mancomunada. Solo así podremos salir de este lamentable círculo vicioso donde la organización participativa cumple un papel fundamental.

REFERENCIAS

1. Tena-Tamayo C, Ahued-Ahued JR. Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica. *Ginecol Obstet Méx.* 2003;71:409-420.
2. Hernández-Andrade E, Guzmán-Huerta M, García-Cavazos R, Ahued-Ahued JR. Diagnóstico prenatal en el primer trimestre. ¿a quién y cómo? *Ginecol Obstet Méx.* 2002;70:607-612.
3. Sánchez-Nuncio H, Pérez-Toga G, Pérez-Rodríguez P, Vázquez-Nava F. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2005;43:377-380.
4. Navarrete S, Castellanos R, Guzmán A, Sucheni J, Díaz A, Guensehadze N, et al. Estudio socioeconómico de la consulta prenatal en la Maternidad Concepción Palacios. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1974;34:3-16.
5. Agüero O, Kizer S, Halfen A. Evaluación de un año de control prenatal en la Maternidad Concepción

- Palacios. Rev Obstet Ginecol Venez. 1975;35:377-386.
6. Moreno G LF, Miquelena de Moreno E, Martínez R, Núñez S. Un planteamiento importante en salud pública. ¿Sabe la embarazada por que asiste al control prenatal? Rev Obstet Ginecol Venez. 1976;36:247-253.
 7. Uzcátegui O, Hernández de Acosta C. Evaluación de la Consulta prenatal. Rev Obstet Ginecol Venez. 1978;38:17-18.
 8. Pascuzzo, C, Gavidia de P R, Sánchez L, García M, Hernández A, Pascuzzo M, et al. Determinantes del control prenatal en embarazadas de la región centro-occidental de Venezuela. Rev Obstet Ginecol Venez. 1999;59:221-228.
 9. Faneite P, Galíndez J, Ojeda L, Rivero R, Montilla A, Orozco F. Análisis de la mortalidad perinatal. I. Mortalidad fetal. Rev Obstet Ginecol Venez. 1999; 58:245-249.
 10. Faneite P, Rivero R, Montilla A, Ojeda L, Galíndez A. Análisis de mortalidad perinatal: I. Mortalidad neonatal. Rev Obstet Ginecol Venez. 2000; 60:81-84.
 11. Faneite P, Rivera C, González M, Linares M, Faneite J. Prematurez: problema actual. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". 1995-1999. Rev Obstet Ginecol Venez. 2001;61:157-161.
 12. Faneite P. Mortalidad neonatal. Rev Obstet Ginecol Venez. 2008; 68:222-227.
 13. Faneite P, Starnieri M. Mortalidad Materna. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". 1992-2000. Rev Obstet Ginecol Venez. 2001;61:89-94.
 14. Faneite P, García F. Mortalidad materna. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". 2001-2004. Rev Obstet Ginecol Venez. 2005;64:123-129.
 15. Faneite P. Relación entre Mortalidad perinatal y consulta prenatal. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" 1969-1996. Rev Obstet Ginecol Venez. 1998; 58:1-3.
 16. Faneite P, Rivera C, Faneite J. Relación entre mortalidad perinatal y consulta prenatal Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" 1997-2006. Rev Obstet Ginecol Venez. 2007;67:228-232.
 17. Faneite P, Rivera C, González M, Linares M, Faneite J. ¿ Por qué no se controla la embarazada?. Rev Obstet Ginecol Venez. 2002;62:77-81.
 18. Maternal and Child Health Bureau, Health Resources and Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services. "A Healthy Start: Begin Before Baby's Born." Accessed September 27, 2005. <http://www.mchb.hrsa.gov/programs/womeninfants/prenatal.htm>
 19. Misra D.P, Guyer B. Benefits and limitations of prenatal care: from counting visits to measuring content. JAMA 1998; 279:1623-1628.
 20. UNICEF. Antenatal care could save millions. Progress of Nations 2000. New York; 2000.

Dirección: Urbanización Rancho Grande, Calle 45, Cruce Av. Bolívar. Puerto Cabello, Estado Carabobo. Correo electrónico: faneitep@cantv.net



Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela

Invita a la

XXVI Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

11 al 14 de marzo de 2010

Eurobuilding Hotel & Suites Caracas

Caracas, DC

Información e inscripciones:

- Sede de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Maternidad Concepción Palacios, Av. San Martín, Caracas. e-mail: sogvzla@cantv.net • www.sogvzla.org
Teléfono: (+58-212) 461.6442- Fax: (+58-212) 451.0895
- CONGREX C.A. Av Blandín, Centro Comercial Mata de Coco, Piso 3, Oficina Oeste, La Castellana, Caracas. Teléfono: (+58-212) 263.9733 - Fax: (+58-212) 263.8443 - 3672. www.congrex.com