Revista Peruana de Epidemiología
ISSN 1609-7211

RPEonline

Artículo Original
Paper

Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú.

Associated factors with desertion to prenatal care in a hospital of Peru Health Ministry.

Oscar Munares-García[A,B]

RESUMEN

Objetivo: Analizar factores asociados al abandono al control prenatal. **Métodos:** Estudio de casos y controles en 328 gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, divididas en 164 con abandono al control prenatal (casos) y 164 sin abandono (controles), pareadas según fecha de parto y sexo del recién nacido, se indagó datos generales y factores de abandono: personales, institucionales y médicos. Se aplicó estadísticas descriptivas e inferenciales a un nivel de significación estadístico p<0,05; OR IC95% y regresión logística binaria. **Resultados:** Existen factores personales como el residir en barrio marginal (ORa: 3,7 IC95% 1,4-9,7), que aumentan el riesgo, el control prenatal adecuado (ORa: 0,5 IC95% 0,3-0,8), tener permisos en el trabajo (ORa: 0,3 IC95% 0,1-0,7), no tener dificultades por quehaceres domésticos (ORa: 0,4 IC95% 0,2-0,9) reducen la probabilidad de abandono. Entre los factores institucionales el recibir servicios completos (ORa: 0,1 IC95% 0,0-0,4), coordinar entre los servicios (ORa: 0,4 IC95% 0,2-0,8) y programar citas de seguimiento (ORa: 0,3 IC95% 0,1-0,8) reducen la probabilidad de abandono, finalmente entre los factores médicos, el tener calidad adecuada del control prenatal (ORa: 0,5 IC95% 0,3-0,8) reduce la probabilidad de abandono. **Conclusiones:** El residir en barrio marginal, aumenta el riesgo de abandono, el considerar el control prenatal importante, tener permisos en el trabajo, no tener dificultades por quehaceres domésticos, recibir los servicios completos, coordinar entre los servicios, programar citas y tener calidad adecuada del control prenatal reducen la probabilidad de abandono.

PALABRAS CLAVE: Atención prenatal, Control prenatal, Abandono, Inasistencia.

INTRODUCCIÓN

El control prenatal es una herramienta de prevención de la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal, pero sigue teniendo problemas en su cobertura y calidad. Un estudio realizado en México[1] sobre factores de riesgo para muerte materna, encontró que de los casos estudiados 54,8% tenía atención prenatal. Torres y col.[2] en Colombia identificaron que la ausencia de control prenatal aumenta el riesgo de muerte materna (OR: 8,0 IC 95% 2,3 – 28,3) el grupo de menor riesgo son lo que tienen entre 5 y 9 controles, mientras los de mayor riesgo fueron los que tenían 1 y 4 controles, el riesgo aumenta cuando no se tiene ninguna atención prenatal (OR: 11,7). Según los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) para el año 2011 el 94,2%[3] de las gestantes acudió a 4 o más controles prenatales, la cifra fue similar para el año 2012 (94,4%),[4] esta información no es comparable con lo estipulado con el Ministerio de Salud, que coloca como mínimo 6 o más atenciones prenatales,[5] por lo que no es posible determinar cuántas gestantes en la población acudieron a 6 o más atenciones prenatales. En el Instituto Nacional Materno Perinatal, las gestantes con 6 o más atenciones prenatales fue el 49,2% (2010), esta cifra ha variado poco en los siguientes años llegando a 46% en el 2011 y 45,7% en el 2012[6] es decir, por lo menos, la mitad de gestantes no concluyen sus atenciones prenatales y posiblemente no terminan de desarrollarse todos los objetivos del control prenatal. La ENDES (2012)[7] determinó que el 98,4% de las gestantes del país tuvieron algún control prenatal por personal de salud (profesional, obstetra, enfermera o técnico/sanitario/promotor).

El control prenatal es el eje inicial para la adecuada atención materna, conjuntamente con el parto institucional y el seguimiento del recién nacido son una buena estrategia de reducción de la mortalidad materna. Por lo que el abandono al control prenatal, no necesariamente lleva a no asistencia del parto institucional, pero si interrumpe las actividades preventivas y de promoción de la salud, porque limita los contactos entre el profesional de la salud y

(A) Departamento Académico de Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. (B) Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.
Correspondencia a Oscar Munares-García: omunaresg@unmsm.edu.pe
Recibido el 08 de agosto de 2013 y aprobado el 31 de agosto de 2013.
Cita sugerida: Munares-García O. Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. *Rev peru epidemiol* 2013; 17 (2) [8 pp.]

pacientes. Se estima que por cada muerte materna ocurren 10 muertes perinatales; las cuales están vinculadas, a factores de salud materna y a la inadecuada atención prenatal, del parto y del recién nacido, teniendo como resultado casos de bajo peso al nacer, prematuros y asfixia neonatal.[8]

Cuáles son los factores por el cual, las gestantes abandonan o no concluyen sus atenciones prenatales. La evidencia indica que existen factores personales o propios de la gestante, factores de la institución que corresponden a su organización y factores médicos propios de la interacción entre profesional de salud y pacientes involucrados al mismo. Desde el año 1992 Albrecht Von Waldenfels y col.[9] en Uruguay determinaron que el 30% de las encuestadas no acudieron a su control prenatal, en aquellas que no acudieron se encontró factores como primaria incompleta, soltera sin pareja estable, sin carné de asistencia y desconocimiento sobre las actividades del sistema de salud. Faneite y col.[10] en el año 2002 en Venezuela identificaron el residir en barrios, educación primaria, estado civil concubina, edad entre 25 a 34 años, el domicilio lejano, desempleo y el desconocimiento sobre la importancia del control prenatal y entre los factores institucionales el ambiente inadecuado para la consulta. Chavarria[11] en el año 2006 en Nicaragua, identificó el trato inadecuado que reciben del personal que atiende, la relación médico-paciente no satisfactoria e impersonal, los largos tiempos de espera, no prioridad para su atención, inadecuada coordinación entre los diferentes servicios, alimentación durante la espera y gastos para exámenes no disponibles (laboratorio y ultrasonido), dificultad para obtener permiso en el trabajo, dificultad para el cuidado de los hijos, dificultades por los quehaceres domésticos, poco apoyo de la familia, olvido de sus citas de atención prenatal, así como actitudes de desánimo frente a las atenciones, finalmente los servicios incompletos por parte del sistema de salud, los gastos asumidos por las pacientes (exámenes de laboratorio, ultrasonido, multivitaminas y medicamentos) como factores para no concluir las atenciones prenatales. El año 2009 Faneite y col.[12] en otro estudio encontraron asociación con la residencia en barrios, educación secundaria, ser soltera, edad entre 20 a 29 años, el domicilio lejano del lugar de atención, desempleo, desconocimiento de la importancia de la atención prenatal, el ambiente inadecuado para la consulta y la ubicación lejana del establecimiento de salud, la consulta de baja calidad, seguida de la opinión de pocas horas de consulta como factores de inasistencia a las atenciones prenatales. En el año 2011 Arispe y col.[13] en un estudio sobre frecuencia de controles prenatales inadecuados (menores a 6 atenciones) de un hospital de Lima Perú, encontró la paridad mayor a 2 y para tener adecuado atención prenatal el ser primigesta, el sostén del hogar tenga secundaria completa o superior y el embarazo planificado, por lo que el objetivo del presente estudio fue analizar los factores asociados al abandono del control prenatal en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima Perú.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, trasversal analítico de casos y controles, en 328 gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, institución perteneciente al Ministerio de Salud del Perú, ubicado en la capital de la República atiende a pacientes de bajos recursos y es el centro de referencia en el área materna y perinatal. Las gestantes fueron divididas en 164 con abandono al control prenatal (casos) y 164 pacientes sin abandono al control prenatal (controles), pareadas según fecha de atención del parto y sexo del recién nacido. Para considerar abandono al control prenatal, la gestante presentó entre 1 a 5 atenciones prenatales, mayor de 18 años, aceptó participar en el estudio, parto atendido en el Instituto y recién nacido vivo, y para ser considerada control: presentó 6 o más atenciones prenatales, se excluyeron aquellas con algún impedimento del habla, registros de historia incompletos, datos de entrevista incompletos y traslado de la puérpera.

Muestra: En el Instituto Nacional Materno Perinatal para el año 2011 llegaron 12 569 gestantes mayores de 18 años, de ellas 39,3% presentaron entre 1 a 5 controles prenatales, 46,6% presentaron 6 a más controles y el resto no acudió a sus controles.[6] Para la determinación de la muestra se obtuvo el promedio de la prevalencia de los factores a estudiar por la literatura (39%)[10] (p1), en los controles se aplicó la prevalencia máxima esperada p2= 50%, con una confianza del 95% (Zα) y un poder del 80% (Zβ), se obtuvo una muestra mínima de 328 participantes, divididos en 164 casos y 164 controles. Se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia pareado por sexo de recién nacido y fecha de atención (± 1 día). El tiempo de la recolección de la muestra inicio el 5 de julio y terminó 28 de diciembre de 2011.

Variables: Los factores personales correspondieron a aquellos eventos que por ser íntimamente relacionados a la gestante juegan un papel para la decisión del abandono al control prenatal, se midieron: Edad extrema (>35 años), embarazo no deseado, primaria incompleta, soltera sin pareja estable, residir en barrio marginal (cuando vivía en la periferia de la ciudad y no cuenta con servicios básicos: agua, desagüe o luz, o cuando su localidad haya sido denominada "barrio marginal"), maltrato familiar (física, psicológica, sexual o económica por cualquier familiar con el que habita), desempleo, ocupación manual, dificultad para obtener permiso en el trabajo, no disponibilidad para el cuidado de los hijos, dificultades por quehaceres domésticos, poco apoyo de la familia, olvido de citas, multiparidad (>5 partos), importancia del control prenatal (considerarlo de poca importancia). Los Factores institucionales fueron: desconocimiento sobre el control prenatal, ambiente inadecuado para la consulta, citas de seguimiento (no se le programó la siguiente cita de control prenatal), no la atendieron (por no alcanzar cupo para la atención), incoordinación entre los servicios para atenderla (sin orden para realizarle sus atenciones), gastos para exámenes no disponibles, tiempo de espera largo (percibido por la gestante), servicios incompletos (no le realizaron todas las actividades propuestas), ubicación lejana al lugar de atención (percepción de la distancia entre su vivienda hasta el establecimiento de salud), poco tiempo para la consulta (percibido por la gestante que su control duró poco tiempo). Los Factores médicos fueron: relación médico-paciente insatisfactoria (percepción no favorable del profesional que la atendió), trato inadecuado, maltrato profesional, relación médico-paciente impersonal (trato frío y poco cálido), miedo al examen ginecológico y calidad del control prenatal (adecuada o inadecuada). También se midieron la edad, estado civil, grado de instrucción, distrito de procedencia y religión, lugar de nacimiento, fórmula obstetricia, partos por cesárea, periodo intergenésico, establecimientos de atención donde se atendió, número de controles prenatales, edad gestacional, Apgar al minuto, Apgar a los 5 minutos, perímetro cefálico (cm), talla (cm) y peso (g).

Instrumentos: Se aplicó la observación documental para la evaluación de la historia clínica y del carné perinatal y la entrevista estructurada para la recolección de los factores de abandono y la calidad del control prenatal. Se aplicó hojas de registro para los datos generales, obstétricos y del recién nacido. Para la medición de los factores de abandono al control prenatal se aplicó un formulario, el cual fue confeccionado de la revisión de la literatura acordando agruparlos en tres factores personales (16 ítems), institucionales (10 ítems) y médicos (5 ítems) con respuestas dicotómicas (Sí/No), luego pasó por tres expertos, para luego aplicar un estudio piloto arrojando una confiabilidad alfa de Cronbach de 0,759. Para la determinación de la calidad del control prenatal se confeccionó un

formulario con 13 ítems, tomando las dimensiones de la calidad propuesta por DiPrete y col.,[18] que medía competencia profesional (2 ítems), seguridad del control (3 ítems), accesibilidad al servicio (3 ítems), eficacia (2 ítems) y comodidades (3 ítems) todos elaborados bajo el escalamiento tipo Likert en cinco respuestas (definitivamente no = 1, probablemente no = 2, ni si, ni no = 3; probablemente si = 4, definitivamente si = 5), luego se sumaron los puntajes, a más alto puntaje, mayor calidad del control prenatal, aquellos que se encontraron por debajo de la media se consideró control prenatal inadecuado, en el estudio pilotó el instrumento arrojó una confiabilidad alfa de Cronbach de 0,711.

Las pacientes fueron del servicio E, puérperas de parto del instituto, no se tomó la información de adolescentes, porque según norma, las pacientes tienen un servicio diferenciado tanto para sus consultas ambulatorias como para el puerperio. Inicialmente se procedió a identificar a las pacientes atendidas para su parto en el Instituto Nacional Materno Perinatal, con 1 a 5 controles prenatales (casos) para luego parearlas con pacientes con 6 o más controles (controles). El proceso de apareamiento comenzó con los casos a los cuales se registró la hora de atención del parto y sexo del recién nacido. Se procedió a realizar el proceso de consentimiento informado, iniciando con la lectura del mismo, absolución de preguntas y firma del mismo, se entregó una copia del consentimiento a cada paciente, luego se procedió a aplicar los instrumentos a través de la técnica entrevista estructurada para los factores y la observación documental para los demás datos. Al término de la entrevista se agradeció a cada participante y se entregó un tríptico informativo sobre el control prenatal.

Ética: El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional Materno Perinatal (Exp. N° 019218-10) y autorizado por la Dirección General del mismo, se aplicó consentimiento informado a cada participante, para garantizar los principios éticos de la investigación los datos fueron recolectados de forma confidencial, y se asignaron códigos (ID) para el estudio. Toda la información fue almacenada por el investigador principal.

Aanálisis estadístico: Toda la información, se tabuló en una base de datos en Microsoft Excel y se analizó a través del programa estadísticos SPSS. Se procedió a aplicar estadísticas descriptivas, en las variables cualitativas (distribución de frecuencias y proporciones). En las variables cuantitativas se aplicó medidas de tendencia central (mediana), de posición (percentiles) y de dispersión (desviación estándar y rango intercuartíl (RQ). Para la determinación de la normalidad de los datos se aplicó la prueba de Kolmorogov-Smirnov, considerándose normal cuando el nivel de significación estadístico $p>0,05$. En el análisis bivariado entre los factores de abandono y los casos y controles, se aplicó el estadístico Chi-cuadrado para las variables cualitativas y Exacto de Fisher cuando las celdas fueron menores a cinco observaciones, todos con un nivel de significación estadístico $p<0,05$. Para la determinación de la fuerza de la relaciones se aplicó la razón de productos cruzados u odds ratio (OR) con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%). Para el análisis multivariado se aplicó regresión logística binaria bajo el método condicional hacia atrás con ellos se determinaron los OR ajustados (ORa) con sus intervalos de confianza al 95%. Para el ajuste global del modelo se aplicó la prueba de Hosmer y Lemeshow significativo $p>0,05$ para la evaluación global del modelo se aplicó el coeficiente de determinación R^2 de Cox y Snell, y para la evaluación de la ecuación de regresión y el modelo obtenido se aplicó la sensibilidad global considerándose adecuado cuando el resultado era mayor a 75%.

TABLA 1. Datos generales de las participantes según abandono (casos) o no (controles) al control prenatal

		Casos		Controles		Total		p
		n	%	n	%	n	%	(χ^2)
Edad (años)	19 - 35	147	89,6	142	86,6	289	88,1	0,394
	≥ 36	17	10,4	22	13,4	39	11,9	
Nivel educativo	Primaria	36	22,0	28	17,1	64	19,5	0,482
	Secundaria	107	65,2	111	67,7	218	66,5	
	Sup. Técnica	14	8,5	20	12,2	34	10,4	
	Sup. Universitaria	7	4,3	5	3,0	12	3,7	
Estado civil	Unión estable	121	73,8	118	72,0	239	72,9	0,792
	Casada	20	12,2	26	15,9	46	14,0	
	Soltera	22	13,4	19	11,6	41	12,5	
	Otro	1	0,6	1	0,6	2	0,6	
Religión	Católica	93	56,7	85	51,8	178	54,3	0,234
	Ninguna	44	26,8	50	30,5	94	28,7	
	Evangélica	22	13,4	17	10,4	39	11,9	
	Otro	5	3,0	12	7,3	17	5,2	
Procedencia	San Juan de Lurigancho	46	28,0	53	32,3	99	30,2	0,264
	Ate	12	7,3	12	7,3	24	7,3	
	San Juan de Miraflores	11	6,7	12	7,3	23	7,0	
	La Victoria	15	9,1	4	2,4	19	5,8	
	Villa El Salvador	8	4,9	10	6,1	18	5,5	
	Santa Anita	6	3,7	9	5,5	15	4,6	
	Cercado de Lima	4	2,4	9	5,5	13	4,0	
	El Agustino	9	5,5	4	2,4	13	4,0	
	Villa María del Triunfo	8	4,9	4	2,4	12	3,7	
	Los Olivos	5	3,0	6	3,7	11	3,4	
	Otros	40	24,4	41	25,0	81	24,7	
	Total	164	100,0	164	100,0	328	100,0	

RESULTADOS

El 89,6% de los casos presentó un rango de edad entre 19 a 35 años, y de 88,1% en los controles. El 66,5% de la población tenía educación secundaria, 72,9% era conviviente, el distrito de mayor frecuencia fue San Juan de Lurigancho. Las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas (Tabla 1).

La mediana de edad de los casos fue de 26,0 años y de 27,0 años para los controles. La mediana del número de gestaciones fue de 2,0 para los casos y de 2,0 para los controles. Las medianas en el número de gestaciones, partos e hijos vivos fueron similares para casos y controles (Md = 2,0), casi no hubo diferencias descriptivas entre casos y controles en el periódico intergenésico, número de controles prenatales en el primer trimestre, edad gestacional, índice de Apgar y talla. Hubo diferencias en el número de controles prenatales en el segundo y tercer trimestre, siendo mayor para los controles (Tabla 2).

TABLA 2. Datos obstétricos de las participantes según abandono (casos) o no (controles) al control prenatal.

		Md	RQ	p (Kolmorogov-Smirnov)
Edad materna (años)	Casos	26,0	8,0	<0,001
	Controles	27,0	8,0	<0,001
Número de gestaciones	Casos	2,0	2,0	<0,001
	Controles	2,0	2,0	<0,001
Número de partos	Casos	2,0	1,8	<0,001
	Controles	2,0	1,0	<0,001
Número hijos vivos	Casos	2,0	1,0	<0,001
	Controles	2,0	1,0	<0,001
Periodo intergenésico (años)	Casos	3,0	6,0	<0,001
	Controles	2,0	6,0	<0,001
Número de controles prenatales	Casos	4,0	2,0	<0,001
	Controles	9,0	3,0	<0,001
Controles prenatales 1° trimestre	Casos	0,0	0,0	<0,001
	Controles	1,0	2,0	<0,001
Controles prenatales 2° trimestre	Casos	1,0	2,0	<0,001
	Controles	3,0	1,0	<0,001
Controles prenatales 3° trimestre	Casos	2,0	1,0	<0,001
	Controles	5,0	2,0	<0,001
Edad gestacional (sem)	Casos	39,0	4,0	<0,001
	Controles	39,0	3,0	<0,001
Apgar al minuto	Casos	8,0	1,0	<0,001
	Controles	9,0	1,0	<0,001
Apgar a los 5 minutos	Casos	9,0	0,0	<0,001
	Controles	9,0	0,0	<0,001
Perímetro cefálico (cm)	Casos	34,4	1,5	<0,001
	Controles	35,0	1,5	<0,001
Talla (cm)	Casos	49,5	2,5	<0,001
	Controles	50,0	2,5	<0,001
Peso (g)	Casos	3382,0	579,5	0,002
	Controles	3442,0	2150,0	0,200

En el análisis bivariado se determinó que el 11,6% de las gestantes que indicaron percibir el control prenatal de poca importancia abandonaron el control prenatal, comparadas con el 0,6% de los controles, existiendo 21 veces mayor probabilidad de abandono OR: 21,3 IC95% 2,9-433,6). El 28% que señalaron dificultades por quehaceres domésticos abandonaron el control prenatal comparados con el 7,9% de los controles, existiendo 4,5 veces mayor probabilidad (OR: 4,5 IC95% 2,3-8,8). El 7,3% de las que abandonaron el control prenatal eran multíparas comparados con el 1,8% de los controles, existiendo 4,2 veces mayor probabilidad para el abandono (OR: 4,2 IC95% 1,2-15,3). El 29,3% de las que abandonaron presentaron dificultad de permisos en el trabajo comparado con el 11,6%, existiendo 4 veces mayor probabilidad de abandono (OR: 3,2 IC95% 1,8-5,7). El 24,4% de las que abandonaron el control presentaron dificultad para el cuidado de los hijos, existiendo 2,8 veces mayor probabilidad para abandono (OR: 2,8 IC95% 1,5-5,2). No se encontró asociación para abandono al control prenatal con el olvido de las citas, estar desempleada, tener ocupación manual, tener primaria incompleta, poco apoyo de la pareja, edad extrema, ser soltera sin parejas estable, domicilio lejano al establecimiento de salud, residir en barrio marginal, embarazo no planificado y poco apoyo de la familia (Tabla 3).

En cuanto a los factores institucionales el 31,7% de las que abandonaron el control prenatal presentaron servicios incompletos, comparados con el 4,3% de los controles, existiendo 10 veces mayor probabilidad de abandono (OR: 10,4 IC95% 4,6-23,8). Una de las herramientas del control prenatal, es que debe de ser periódico, para ello luego de la consulta realizada, se tiene que indicar, cuándo será la próxima consulta o cita de seguimiento, el 22,6% de las que abandonaron indicaron no tener cita de seguimiento, comparado con el 4,9% de los controles existiendo 5,7 veces mayor probabilidad de abandono (OR: 5,7 IC95% 2,6-12,6). La incoordinación entre los servicios que brinda el establecimiento de salud, es decir, el orden que debe tener toda gestante para poder asistir a todos los servicios que brinda el establecimiento de salud como consulta odontológica, laboratorio, farmacia, consulta médica, consulta psicológica, asistencia a psicoprofilaxis obstétrica o estimulación prenatal, entre otros, debe tener un recorrido ordenado y secuencial, se encontró que el 34,8% de las que abandonaron presentaron incoordinación entre los servicios, comparado con el 8,5% de los controles, existiendo 5,7 veces mayor probabilidad cuando este factor está presente (OR: 5,7 IC95% 3,0-10,8). El 20,1% de las que abandonaron indicaron poco tiempo de la consulta comparado con el 4,9% de los controles, presentando 4,9 mayor probabilidad de abandono (OR: 4,9 IC95% 2,2-11,0). El 17,7% de las que abandonaron indicaron ubicación lejana del consultorio prenatal, comparada con el 4,9% de los controles, existiendo 4,2 veces mayor probabilidad de abandono (OR: 4,2 IC95% 1,9-9,5). El 34,1% de las que abandonaron presentaron tiempo de espera largo para su atención, comparado con el 13,4% de los controles, existiendo 3,3 veces mayor probabilidad para el abandono (OR: 3,3 IC95% 1,9-5,8). El 9,1% de las que abandonaron indicaron desconocimiento sobre el control prenatal, comparado con el 3% de los controles, presentando una probabilidad 3,2 veces más para el abandono (OR: 3,2 IC95% 1,1-9,0). El ambiente inadecuado para la consulta prenatal, es decir la percepción que tiene la gestante de la distribución y calidad de los ambientes que presenta el establecimiento de salud, así como la privacidad al mismo, se encontró que el 15,9% de las que abandonaron presentaron este factor, comparados con el 6,1%, existiendo 2,9 mayor probabilidad de abandono con el factor presente (OR: 2,9 IC95% 1,4-6,2). Los gastos en exámenes no cubiertos en el establecimiento de salud, es decir pagos por ecografías, análisis de laboratorio, suplementos vitamínicos, entre otros, se determinó que el 33,5% de las que abandonaron presentaron este factor, comparado con el 15,9% de los controles, existiendo 2,7 mayor probabilidad de

abandono (OR: 2,7 IC95% 1,6-4,5). El 10,4% de las que abandonaron, también indicaron que no la atendieron, comparado con el 4,3% de los controles, existiendo 2,6 veces mayor probabilidad de abandono (OR: 2,6 IC95% 1,1-6,4) (Tabla 4).

Con respecto a los factores médicos el 11,6% de los que abandonaron indicaron que presentaron relación profesional-paciente insatisfactoria, comparado con el 1,8% de los controles, existiendo 7 veces mayor probabilidad de abandono (OR: 7,0 IC95% 2,0-24,2). Del mismo modo sucedió con el 14,6% de las que presentaron trato inadecuado, comparado con el 3% de los controles, existiendo 5,4 veces mayor probabilidad (OR: 5,4 IC95% 2,0-14,6). El 73,2% de las que abandonaron el control prenatal presentaron calidad inadecuada del mismo, es decir, los patrones fueron menores a la media esperada en este grupo, comparado con el 42,7% de los controles, existiendo 3,6 veces mayor probabilidad de abandono cuando se tiene calidad inadecuada (OR: 3,6 IC95% 2,3-5,8). El 17,1% de los que abandonaron presentaron relación profesional-paciente impersonal, comparado con el 6,1% de los controles, existiendo 3,2 veces mayor probabilidad de abandono (OR: 3,2 IC95% 1,5-6,8), finalmente el 11% de los que abandonaron indicaron temor al examen ginecológico, comparado con el 4,9% de los controles (OR: 2,4 IC95% 1,01-5,7) no se encontró asociación con el maltrato por parte del profesional (Tabla 5).

El modelo de regresión logística determinó que existe 3,7 veces mayor probabilidad de abandono al control prenatal cuando se reside en barrio marginal, así mismo el tener adecuada calidad del control prenatal, reduce el riesgo en 50%, el no tener dificultades por quehaceres domésticos o el coordinar los servicios reducen en 60% la probabilidad de abandono, el programar las citas de seguimiento, no tener dificultades de permisos en el trabajo reducen el riesgo en 70%, finalmente el presentar servicios completos y darle importancia al control prenatal reduce el riesgo en 90%. El modelo presentó una sensibilidad global del 77,7% para el abandono al control prenatal, y fue considerado adecuado a través de la prueba de Hosmer y Lemeshow no significativo (p=0,148). La prueba de Cox y Snell indicó un resultado de 0,325, es decir el 32,5% de la variación del abandono al control prenatal se explican con las variables mencionadas. (Tabla 6).

TABLA 3. Factores personales asociados al abandono (casos) o no (controles) al control prenatal

		Casos (n=164) %	Controles (n=164) %	p	OR	IC 95%
Poca importancia del control prenatal	Sí	11,6	0,6	<0,001	21,3	2,9 - 433,6
	No	88,4	99,4			
Dificultad por quehaceres del hogar	Sí	28,0	7,9	<0,001	4,5	2,3 - 8,8
	No	72,0	92,1			
Multiparidad	Sí	7,3	1,8	0,031	4,2	1,2 - 15,3
	No	92,7	98,2			
Dificultad de permisos en el trabajo	Sí	29,3	11,6	<0,001	3,2	1,8 - 5,7
	No	70,7	88,4			
Dificultad por el cuidado de los hijos	Sí	24,4	10,4	0,001	2,8	1,5 - 5,2
	No	75,6	89,6			
Primaria incompleta	Sí	20,7	15,2	0,196	1,5	0,8 - 2,6
	No	79,3	84,8			
Olvido de citas de control	Sí	36,0	28,0	0,124	1,4	0,9 - 2,3
	No	64,0	72,0			
Maltrato familiar	Sí	8,5	7,9	0,841	1,1	0,5 - 2,4
	No	91,5	92,1			
Desempleada	Sí	42,7	40,2	0,654	1,1	0,7-1,7
	No	57,3	59,8			
Ocupación manual	Sí	42,1	40,2	0,736	1,1	0,7 - 1,7
	No	57,9	59,8			
Soltera sin pareja estable	Sí	87,8	87,8	1,0	1,0	0,5 - 1,9
	No	12,2	12,2			
Edad extrema	Sí	14,0	15,2	0,755	0,9	0,5 - 1,7
	No	86,0	84,8			
Poco apoyo de la pareja	Sí	84,8	87,2	0,525	0,8	0,4 - 1,5
	No	15,2	12,8			
Poco apoyo de la familia	Sí	67,7	74,4	0,181	0,7	0,4 - 1,2
	No	32,3	25,6			
Embarazo no planificado	Sí	38,4	48,8	0,058	0,7	0,4 - 1,0
	No	61,6	51,2			
Residir en barrio marginal	Sí	9,1	14,6	0,125	0,6	0,3 - 1,2
	No	90,9	85,4			

TABLA 4. Factores institucionales asociados al abandono (casos) o no (controles) al control prenatal

		Casos (n=164) %	Controles (n=164) %	p	OR	IC 95%
Servicios incompletos	Sí	31,7	4,3	<0,001	10,4	4,6 - 23,8
	No	68,3	95,7			
Sin cita de seguimiento	Sí	22,6	4,9	<0,001	5,7	2,6 - 12,6
	No	77,4	95,1			
Incoordinación entre servicios para atenderla	Sí	34,8	8,5	<0,001	5,7	3,0 - 10,8
	No	65,2	91,5			
Poco tiempo de consulta prenatal	Sí	20,1	4,9	<0,001	4,9	2,2 - 11,0
	No	79,9	95,1			
Ubicación lejana del consultorio prenatal	Sí	17,7	4,9	<0,001	4,2	1,9 - 9,5
	No	82,3	95,1			
Tiempo de espera largo	Sí	34,1	13,4	<0,001	3,3	1,9 - 5,8
	No	65,9	86,6			
Desconocimiento sobre el control prenatal	Sí	9,1	3,0	0,021	3,2	1,1 - 9,0
	No	90,9	97,0			
Ambiente inadecuado para la consulta prenatal	Sí	15,9	6,1	0,005	2,9	1,4 - 6,2
	No	84,1	93,9			
Gastos en exámenes no cubiertos	Sí	33,5	15,9	<0,001	2,7	1,6 - 4,5
	No	66,5	84,1			
No la atendieron	Sí	10,4	4,3	0,034	2,6	1,1 - 6,4
	No	89,6	95,7			

TABLA 5. Factores médicos asociados al abandono (casos) o no (controles) al control prenatal.

		Casos (n=164) %	Controles (n=164) %	p	OR	IC 95%
Relación profesional-paciente insatisfactoria	Sí	11,6	1,8	<0,001	7,0	2,0 - 24,2
	No	88,4	98,2			
Trato inadecuado	Sí	14,6	3,0	<0,001	5,4	2,0 - 14,6
	No	85,4	97,0			
Calidad inadecuada del control prenatal	Sí	73,2	42,7	<0,001	3,6	2,3 - 5,8
	No	26,8	57,3			
Relación profesional-paciente impersonal	Sí	17,1	6,1	0,002	3,2	1,5 - 6,8
	No	82,9	93,9			
Maltratada por el profesional	Sí	4,3	1,8	0,336	2,4	0,6 - 9,4
	No	95,7	98,2			
Temor al examen ginecológico	Sí	11,0	4,9	0,041	2,4	1,01 - 5,7
	No	89,0	95,1			

TABLA 6. Modelo de regresión logística para el abandono al control prenatal

Factor	p	OR a	IC 95%
Residir en barrio marginal	0,008	3,7	1,4 – 9,7
Adecuada calidad del control prenatal	0,009	0,5	0,3 – 0,8
No tener dificultades por quehaceres domésticos	0,019	0,4	0,2 – 0,9
Coordinación entre servicios	0,010	0,4	0,2 – 0,8
Programar citas de seguimiento	0,013	0,3	0,1 – 0,8
Sin dificultad de permisos en el trabajo	0,009	0,3	0,1 – 0,7
Servicios completos	<0,001	0,1	0,0 – 0,3
Darle importancia del control prenatal	0,007	<0,1	0,0 – 0,4

R^2 de Cox y Snell = 0,325

Prueba Hosmer y Lemeshow = 12,067 gl=8 p=0,148

Sensibilidad global = 77,7%

DISCUSIÓN

Los estudios internacionales indican que la mayoría de lesiones y muertes maternas, así como casi tres cuartas partes de las muertes neonatales se podrían evitar si las mujeres recibieran la atención oportuna durante el embarazo, el parto y el posparto.[14] En Estados Unidos, una de las razones por las cuales cayó notoriamente la tasa de mortalidad materna y perinatal fue debido a que aproximadamente el 90% de las gestantes recibieron un adecuado cuidado prenatal;[12] en Brasil Bassani y col.[16] determinaron que el 60% de las gestantes recibió atención prenatal adecuada y otro estudio hecho por Ribeiro y col.[17] en ese mismo país indicó una cifra de 66,1% de control prenatal adecuado. El informe Perú ENDES[4] para el año 2012 indicó que el 94,2% de las gestantes acudió a 4 o más controles prenatales, pero sin señalar si son adecuados. Un estudio hecho por Arispe y col.[13] en nuestro país determinó que sólo el 7,36% de las gestantes reciben control prenatal adecuado, en nuestro estudio se encontró una cifra total de 42,1% de control prenatal adecuado, más cercano a los estudios de Brasil y muy diferente al reporte hecho en un hospital de Perú.

Los estudios encontrados no ofrecen evidencia de fuerza de relación para abandono al control prenatal,[9-12] por lo que se considera que este sería el primero en determinarse en nuestra realidad. Los factores personales, es decir, los propios de cada gestante que pueden asociarse a no concluir con sus atenciones prenatales fueron: la importancia al control prenatal, la dificultad de acudir por quehaceres domésticos y la multiparidad. Con respecto a la importancia del control prenatal Chavarría[11] identificó que uno de los factores asociados al no cumplimiento de las citas fue la poca importancia al mismo, así mismo las actitudes de desánimo también se asocian a este factor. Faneite y col.[12] también lo identificaron en el 48,8% de las que inasistieron, en nuestro estudio se encontró en el 11,6% más bajo que lo reportado. La importancia está relacionado a la prioridad, quizás nuestras gestantes no designen mucha prioridad al control prenatal, por lo que acuden a algunos controles, pero no los completan, posiblemente porque al ya experimentar lo que se realiza en las consultas y al no lograr un entendimiento acorde a cada gestante por parte del profesional, ellas decidan no concluir a los controles. Otro factor identificado fue la dificultad de acudir por quehaceres domésticos, Chavarría[11] identificó que la realización de los quehaceres domésticos es un factor para abandono al control prenatal. La constante en nuestra realidad es que las mujeres realicen las actividades domésticas, la cual requiere de tiempo, ello está en relación a la organización que pueda tener cada gestante para cumplir con todas las actividades propuestas, quizá no puedan tener apoyo por parte de la pareja y ello determina que este factor se presente como una causal de probabilidad de abandono. Tamez y col.[15] identificaron a la multiparidad como un factor de menos acceso a la atención prenatal, en nuestro estudio se encontró asociación significativa entre la multiparidad y el abandono al control prenatal, la carga del cuidado de los hijos, sobre todo si estos son menores limita las acciones por parte de las madres, incluyendo las consultas prenatales.

En aquellas gestantes que trabajan, la dificultad de obtener permisos se asoció tres veces más en la probabilidad de abandono al control prenatal, Chavarría[11] identificó dificultad para obtener permiso durante el trabajo como factor para abandono al control prenatal. Von Waldenfels[9] identificó que el cruce de horario entre la atención prenatal y el horario de trabajo puede ser un factor para inicio tardío del mismo, se encontró diferencias para acudir al control prenatal en aquellas que tienen hijos menores de 3 años con aquellas que tenían hijos mayores de esta edad. El esquema actual, hace que las mujeres entren al campo laboral, con ello las obligaciones laborales, hacen que en ocasiones, no coincidan con las consultas prenatales, este sería un buen momento para ensayar nuevas modalidades de prestaciones de salud para este grupo, con horarios acordes a sus tiempos y en días que probablemente cuenten con más tiempo. La no disponibilidad para el cuidado de los hijos fue identificado por Chavarría[11] y Von Waldenfels[9] el primero realizado en Uruguay y el otro en Nicaragua, Chavarría encontró que un 30,5% de las pacientes que no acudieron a su control prenatal fue porque no tenían a quien dejar al cuidado de sus hijos. En el estudio se determinó que existe 3,7 veces mayor probabilidad de abandono al control prenatal cuando no se cuenta con disponibilidad para el cuidado de los hijos con un 29,3% es este grupo, muy similar a lo encontrado por Chavarría. Este es un factor que refleja actualmente la labor que tienen las madres peruanas que prácticamente quedan al cuidado de los hijos, con poco apoyo por parte de la pareja o la familia, otra

explicación que aportaría al mismo puede deberse a los recursos de las familias, pues al no contar con adecuados recursos, no se pueden quedar al cuidado de los hijos y la carga familiar hace que se desestime los controles, por los problemas cotidianos. Diariamente se realizan cientos de atenciones prenatales en todos los sectores de salud y los niveles de atención, sin embargo, existen gestantes que acuden una o dos veces y no vuelven sino es por alguna emergencia o para atención de parto, al tener este comportamiento, se pierde valioso tiempo para poder cumplir con los objetivos del control y sobre todo se pierde esa herramienta de prevención y promoción de la salud. La participación activa de la gestante en su cuidado, permitirá reconocer tanto su validez social como el intercambio de saberes, en búsqueda de un seguimiento efectivo y de calidad frente a la evolución de la gestación.[19]

Entre los factores institucionales, es decir, los propios que se expresan producto de la organización de los servicios de salud, se encontró asociación para abandono al control prenatal con servicios incompletos y no tener fecha para la siguiente cita de control prenatal, Chavarría[11] identificó a la poca prioridad para la atención en una gestante como factor determinante para no seguimiento del control prenatal. La incoordinación entre los servicios que brinda el establecimiento de salud mostró una asociación 6 veces más para abandono al control prenatal, en el estudio de Von Waldenfels[9] identificó que la incoordinación entre los servicios que se ofrecen a las gestantes dentro del establecimiento de salud es un elemento para iniciar tardíamente los controles prenatales. Las pacientes pueden identificar servicios incompletos cuando el profesional indica diferentes actividades y estas no se llegan a completar, un elemento de continuidad del servicio es no programar la fecha para la siguiente atención, una labor propia del profesional, probablemente por sobrecarga de pacientes, poco tiempo de la consulta y al no protocolizar las actividades de cada atención como elementos que se asocien.

Uno de los ejemplos de organización de los servicios de salud es el tiempo destinado a la consulta, se encontró asociación 4,9 veces más probable con el poco tiempo de la consulta prenatal y el abandono al mismo, con un 20,1% del factor presente en las que abandonaron, Faneite y col.[12] identificaron este factor en el 23,2% de pacientes que inasistieron, muy similar a lo encontrado por nosotros. Otro elemento de identificación general en los establecimientos de salud es el tiempo de espera y su correspondiente tiempo de espera largo, se encontró asociación casi 3 veces más probable de abandono al control prenatal cuando este factor está presente Von Waldenfels[9] identificó este evento como un elemento para iniciar tardíamente los controles prenatales. Faneite y col.[10] encontraron que el 42,6% de las gestantes identifican como ambientes inadecuados para la consulta como un factor de abandono, en otro estudio realizado por el mismo autor[9] fue del 39,2%; en el presente estudio se determinó un 15,9% y una asociación 3 veces más probable, la cifra porcentual es menor a la encontrada en otros estudios. En algunos establecimientos a veces no se cuenta con todos los insumos requeridos para los análisis de laboratorio o no se cuenta con el personal para la toma de muestras o pruebas especificas, por lo que estos son solicitados de manera particular, se ha determinado que existe 2,7 veces mayor probabilidad de abandono al control prenatal cuando se tienen que hacer estos gastos, Chavarría[11] identificó este factor como elemento para no continuar con la atención prenatal aun cuando estos sean cubiertos parcialmente. Un punto muy importante para la adecuada calidad del control prenatal, es la relación profesional de salud paciente, es quizá la piedra angular del control, pues no basta con infraestructura o equipamiento, sino en contar con la capacidad del profesional. Se encontró que existe casi 7 veces mayor probabilidad de abandono al control prenatal cuando la relación profesional-paciente es insatisfactoria. Otro punto fundamental es el trato con la paciente, se encontró asociación 5,4 veces más probable de abandono al control prenatal cuando se encontraban episodios de maltrato, Chavarria[11] encontró que el trato inadecuado era un factor para abandono al control prenatal; Belizan y col. citado por Von Waldenfels[9] sostienen que una de las barreras que dificultan el acudir a los controles prenatales es el maltrato dado por el personal de salud, así mismo, se encontró 3,6 veces mayor probabilidad de abandono al control prenatal cuando se percibe baja calidad del mismo Faneite y col.[12] identificó este factor en el 29,8% de gestantes que inasistieron a la consulta prenatal fue porque lo consideraron de baja calidad, el estudio lo determinó con el 73,2% de las gestantes que abandonaron el control prenatal, cifras muy superiores a la encontrada por Faneite y col. La calidad de los servicios de salud, es un tema complejo que mantiene dimensiones y requiere de constante apoyo en la garantía de la calidad, la competencia profesional, así como altas tasas de rotación del personal de salud, especialmente en las áreas rurales, afectan en la capacidad de los profesionales de la salud y a su vez, de una atención de calidad.[20-22]

En el análisis mutivariado indicó que existe 3,7 veces mayor probabilidad de abandono al control prenatal cuando se reside en barrio marginal, el no tener dificultad en el trabajo, los quehaceres domésticos e importancia del control, se asocian a no abandonar el control prenatal entre los factores personales. Entre los factores institucionales el programar las citas, la adecuada coordinación entre los servicios y ofrecer todos los servicios previstos para el control prenatal se asocian al no abandono al control prenatal, esto quiere decir, el modelo propuesto, sólo explica el 32,5% del evento (R^2 de Cox y Snell=0,325), por lo que existirían otros factores involucrados al tema, posiblemente factores culturales, psicológicos, entre otros, lo que nos permite indicar que una garantía de competencia profesional, aunada a una gestión adecuada de los servicios de salud, puede reducir la frecuencia del abandono. En el presente estudio, se ha podido determinar que el tamaño de la muestra ha jugado un papel limitante para la determinación de algunas asociaciones sugeridas por otros estudios, así mismo el modelo logístico planteado demuestra una diferencia entre el análisis bivariado y el multivariado, indicando que los factores mantienen probabilidades diferentes de acuerdo a su prevalencia y muestra recolectada, por ello, los intervalos de confianza en algunas de ellas son amplios.

En conclusión existen factores personales como el residir en barrio marginal, que aumentan el riesgo de abandono al control prenatal, así mismo el considerar el control prenatal importante, tener permisos en el trabajo, no tener dificultades por quehaceres domésticos reducen la probabilidad de abandono. Entre los factores institucionales el recibir los servicios completos, coordinar entre los servicios y programar citas de seguimiento reducen la probabilidad de abandono, finalmente entre los factores médicos, el tener calidad adecuada del control prenatal reduce la probabilidad de abandono.

Fuente de Financiamiento: Unidad Coordinadora del Programa de Ciencia y Tecnología (FINCyT) y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología e Innovación Tecnológica (CONCYTEC)

****

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PEÑUELAS-COTA J, RAMÍREZ-ZEPEDA M, GONZÁLEZ-BON M, GIL-PINEDA J, CÁRDENAS-ANGULO A, GARCÍA-SAÑUDO N. FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD MATERNA. ARCH SALUD SIN. 2008;2(3): 86-90.

2. TORRES Y, MONTOYA L, CUARTAS J, JULIÁN J. FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD MATERNA-ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES. MEDELLÍN 2001 – 2003. REV CES MEDICINA. 2005;19(2):19-45.

3. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. PERÚ ENCUESTA NACIONAL DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR 2011 NACIONAL Y DEPARTAMENTAL. INFORME FINAL 2011.

4. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. PERÚ ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR 2012 NACIONAL Y DEPARTAMENTAL. INFORME FINAL 2012.

5. MINISTERIO DE SALUD. GUÍAS NACIONALES DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS. LIMA, MINISTERIO DE SALUD. 2004.

6. INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. ESTADÍSTICAS INMP (EN LÍNEA). DISPONIBLE EN HTTP://WWW.INMP.GOB.PE

7. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. PERÚ: ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR 2012. INFORME LIMA ABRIL 2013.

8. MINISTERIO DE SALUD. PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL 2009 – 2015. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS, ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. 2009.

9. VON WALDENFELS H, PLANZ M, RAMÓN J. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA OCURRENCIA AL CONTROL PRENATAL EN MONTEVIDEO, URUGUAY. REV MED URUGUAY. 1992;8:61-69.

10. FANEITE P, RIVERA C, GONZÁLEZ M, LINARES M, FANEITE J. ¿POR QUÉ NO SE CONTROLA LA EMBARAZADA? REV OBSTET GINECOL VENEZ. 2002;62(2).

11. CHAVARRÍA J. NO CUMPLIMIENTO A CITAS EN ATENCIÓN PRENATAL DE LAS EMBARAZADAS. CENTROS DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO Y TICUANTEPE. MANAGUA. PERIODO OCTUBRE 2005 – JUNIO 2006. (TESIS) UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA. 2006.

12. FANEITE P, RIVERA C, RODRÍGUEZ F, AMATO R, MORENO S, CANGEMI L. CONSULTA PRENATAL: MOTIVOS DE INASISTENCIA, ¿QUÉ JUSTIFICA? REV OBSTET GINECOL VENEZ. 2009;69(3):147-151.

13. ARISPE C, SALGADO M, TANG G, GONZÁLEZ C, ROJAS J. FRECUENCIA DE CONTROL PRENATAL INADECUADO Y FACTORES ASOCIADOS A SU OCURRENCIA. REV MED HERED. 2011;22:169-175.

14. AGUADO L, GIRÓN L, OSORIO A, TOVAR L, AHUMADA J. DETERMINANTES DEL USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA EN EL LITORAL PACÍFICO COLOMBIANO. REV LATINOAM CIENC SOC NIÑEZ. 2007;5(1): 1-36.

15. TAMEZ-GONZÁLEZ S, VALLE-ARCOS RI, EIBENSCHUTZ-HARTMAN C, MÉNDEZ-RAMÍREZ I. ADAPTACIÓN DEL MODELO DE ANDERSEN AL CONTEXTO MEXICANO: ACCESO A LA ATENCIÓN PRENATAL. SALUD PUBLICA MEX. 2006;48:418-429.

16. BASSANI D, SURKAN P, OLINTO M. INADEQUATE USE OF PRENATAL SERVICES AMONG BRAZILIAN WOMEN: THE ROLE OF MATERNAL CHARACTERISTICS. INTER PERSPECT SEXUAL REPROD HEALTH. 2009;35(1):15-20.

17. RIBEIRO E, GUIMARAES A, BETTIOL H, LIMA D, ALMEIDA M, ET AL. RISK FACTORS FOR INADEQUATE PRENATAL CARE USE IN THE METROPOLITAN AREA OF ARACAJU, NORTHEAST BRAZIL. BMC PREGNANCY AND CHILDBIRTH. 2009, 9:31.

18. DIPRETE L, MILLER L, RAFEH N, HATZELL T. GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO. USAID. 2DA. ED. 2000.

19. MUÑOZ S. EL SIGNIFICADO CULTURAL DEL CONTROL PRENATAL EN LA GESTANTE INASISTENTE Y SUS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO. (EN LÍNEA). DISPONIBLE EN HTTP://WWW.FACULTADSALUD.UNICAUCA.EDU.CO/FCS/2006/JUNIO/EL%20SIGNIFICADO%20CULTURAL%20DEL%20CONTROL%20PRENATAL.PDF

20. PHYSICIANS FOR HUMAN RIGHTS. DEMORAS FATALES MORTALIDAD MATERNA EN EL PERÚ UN ENFOQUE DESDE LOS DERECHOS HUMANOS PARA UNA MATERNIDAD SEGURA. 2007.

21. ORTIZ R, BELTRÁN M. MODELO DE ATENCIÓN PRENATAL DE BAJO RIESGO. MED UNAB. 2005;8:102-112

ABSTRACT

ASSOCIATED FACTORS WITH DESERTION TO PRENATAL CARE IN A HOSPITAL OF PERU HEALTH MINISTRY.

Objective: To analyze the factors associated with prenatal care desertion. **Methods:** Case-control study in 328 pregnant women at the National Perinatal Maternal Institute, divided into 164 with abandon to prenatal care (cases) and 164 without abandonment (controls), matched by date of birth and sex of the newborn. We inquired about general data and abandonment factors: personal, institutional and medical. We applied descriptive and inferential statistics with statistical significance level $p < 0.05$, OR 95% and binary logistic regression. **Results:** There are personal factors such as residing in slum (aOR: 3.7 95% CI 1.4 to 9.7) that increase the risk. The adequate prenatal care (aOR: 0.5 95% CI 0.3-0.8), having leaves from work (aOR: 0.3 95% CI 0.1-0.7) and not have difficulties with housework (aOR: 0.4 95% CI 0.2-0.9) reduce the probability of abandonment. Institutional factors like receiving full services (aOR: 0.1 95% CI 0.0-0.4), coordination between services (aOR: 0.4 95% CI 0.2-0.8) and schedule follow-up appointments (aOR: 0.3 95% CI 0.1-0.8) reduce the probability of abandonment. Finally, between medical factors, having adequate quality of antenatal care (aOR: 0.5 95% CI 0.3-0.8) reduces the risk of abandonment. **Conclusion:** Residing in a slum increases the risk of abandonment. To consider the important prenatal care, to have permissions at work, not having difficulties housework, to receive comprehensive services, to coordinate between services, to schedule appointments and to have adequate quality of prenatal care reduce the risk of abandonment.

KEYWORDS: Prenatal care, Prenatal control, Desertion, Abandonment.