

## Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en un Centro de Salud del Callao, Perú

Associated Factors to Late Start of Prenatal Care at a Callao Health Center, Peru

Tifany Quijaite Masías<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-1116-0870>

Natalia Valverde Espinoza<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5644-9582>

John Barja Ore<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-9455-0876>

<sup>1</sup>Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. Lima, Perú.

\*Autor para correspondencia: [nmvespinoza.1@gmail.com](mailto:nmvespinoza.1@gmail.com)

### RESUMEN

**Introducción:** La atención prenatal es una estrategia de salud que contribuye con la reducción de la morbilidad materna y perinatal, por lo cual es relevante que se realice de forma continua, integral, periódica y precoz.

**Objetivo:** Determinar los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en un Centro de Salud del Callao, Perú.

**Métodos:** Estudio observacional, analítico, de corte transversal, realizado en el Centro de Salud Alta Mar del Callao, Perú, durante los meses de setiembre a noviembre 2019. Se seleccionó una muestra no probabilística de 149 gestantes, a quienes se les aplicó un cuestionario validado. Las variables en estudio fueron los factores sociodemográficos, personales, obstétricos e institucionales, además del inicio tardío de la atención prenatal.

**Resultados:** En el análisis bivariado los factores sociodemográficos e institucionales no demostraron asociación significativa. Mientras que los factores personales como el antecedente de violencia (OR= 2,3; IC95 % = 1,1-4,9) y el desinterés de la pareja (OR= 3,7; IC95 % = 1,8-7,7), así como el factor obstétrico, embarazo no planificado (OR= 6,6; IC95 % = 2,7-16,4), se asociaron con el inicio tardío de la atención prenatal. En el análisis multivariado, el desinterés de la pareja (OR= 2,7; IC95 % = 1,2-6,1) y el embarazo no planificado (OR= 5,6; IC95 % = 2,2-14,3), mantuvieron la asociación.

**Conclusiones:** El desinterés de la pareja y el embarazo no planificado fueron asociados al inicio tardío de la atención prenatal, los cuales incrementan la posibilidad de ocurrencia de este evento.

**Palabras clave:** atención prenatal; embarazo; factores de riesgo; centros de salud; salud materna.

## ABSTRACT

**Introduction:** Prenatal care is a health strategy that contributes to the reduction of maternal and perinatal morbidity and mortality; therefore, it is relevant to carry it out continuously, comprehensively, periodically and early.

**Objective:** To determine the factors associated with the late start of prenatal care in a Callao Health Center, Peru.

**Methods:** An observational, analytical, cross-sectional study was carried out at Alta Mar del Callao Health Center, Peru, from September to November 2019. A non-probability sample of 149 pregnant women was selected. They had a validated questionnaire. The variables under study were the sociodemographic, personal, obstetric and institutional factors, in addition to the late start of prenatal care.

**Results:** No significant association was shown in the bivariate analysis the sociodemographic and institutional factors. While personal factors such as the history of violence (OR = 2.3; 95% CI = 1.1-4.9) and the partner's disinterest (OR = 3.7; 95% CI = 1.8- 7,7), as well as the obstetric factor, unplanned pregnancy (OR = 6.6; 95% CI = 2.7-16.4), were associated with the late start of prenatal care. In the multivariate analysis, the partner's disinterest (OR = 2.7; 95% CI = 1.2-6.1) and unplanned pregnancy (OR = 5.6; 95% CI = 2.2-14.3), kept the association.

**Conclusions:** The partner's disinterest and the unplanned pregnancy were associated with the late start of prenatal care, which increase the possibility of this event to occur.

**Keywords:** prenatal care; pregnancy; risk factors; health centers; maternal health.

Recibido: 27/06/2019

Aceptado: 22/07/2019

## Introducción

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) sostiene que, en los servicios de atención de la salud reproductiva, la atención prenatal (APN) es un espacio fundamental porque permite llevar a cabo funciones preventivas y promocionales, como el cribado, el diagnóstico oportuno y la prevención de enfermedades. Se ha constatado que, cuando esta atención se realiza en un tiempo oportuno y con prácticas basadas en evidencia, contribuye a mejorar la salud materna y perinatal.<sup>(1)</sup>

El momento de inicio de la primera APN representa un punto crítico en la atención de la gestante, debido a que a partir de esta se puede establecer un plan de trabajo periódico y continuo basado en las necesidades de salud. En diferentes países de la región, el criterio para considerar inicio precoz de la APN difiere en la semana de gestación, sin embargo, esta se encuentra alrededor del primer trimestre del embarazo; en Colombia, se sugiere que la APN sea antes de la semana 10;<sup>(2)</sup> en Cuba, antes de la semana 12;<sup>(3)</sup> y en Perú, antes de la semana 14.<sup>(4)</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2014 en el mundo 81 % de las gestantes habían recibido al menos una APN; mientras que el 56 % había recibido al menos 4. América es la región con datos más favorables, ya que el 95 % tuvo al menos una APN y el 86 % cuatro.<sup>(5)</sup> Por otra parte, en una revisión sistemática, se determinó que el porcentaje de gestantes con APN tardía ha presentado una disminución importante con el paso de los años, de 59,1 % en el año 1990 a 41,4 % en 2013. Además, se reconoció que en América Latina y el Caribe, el 15,6 % tuvo un inicio tardío de la APN.<sup>(6)</sup>

En el Perú, según la normatividad vigente, la APN se realiza con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos, vigilando y evaluando integralmente a la madre y al feto.<sup>(4)</sup> Su cobertura ha mejorado a través de los años, evidenciando una tendencia positiva desde el año 1986 (54,6 %) hasta el 2018 (98,1 %), además, en este último año, la mayor proporción de gestantes fueron atendidas por un profesional obstetra (79,9 %) y se estimó que 2 de cada 10 gestantes aproximadamente, comenzaron su APN después del tercer mes del embarazo.<sup>(7)</sup>

El inicio tardío de la APN forma parte de un problema de salud pública. Se ha reconocido que esta situación se encuentra asociada a diversas causas propias de las gestantes, de sus familias, condiciones sociales y culturales, e incluso, de aquellas relacionadas con el centro de salud en el que reciben la atención. En estudios previos señalan que el conocimiento deficiente sobre la importancia para la madre y el feto, los costos en el

transporte al establecimiento, la ocupación de la madre y la falta de planificación del embarazo,<sup>(8)</sup> así como, el ingreso económico mensual mínimo, las actividades del hogar, la poca disposición de tiempo, la distancia al establecimiento y el excesivo tiempo de espera para recibir la atención, son factores descritos que hacen más probable que la gestante inicie tardíamente la APN.<sup>(9)</sup>

De acuerdo con todo lo expuesto respecto a este importante tema de salud pública, este estudio se realizó con el objetivo de determinar los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en un centro de salud del Callao, Perú.

## Métodos

Estudio observacional, analítico, de corte transversal. La población estuvo conformada por las gestantes que fueron atendidas de setiembre a noviembre del 2019 en el Centro de Salud Alta Mar del Callao, Perú, establecimiento de salud perteneciente al primer nivel de atención. Se incluyeron a las gestantes que asistieron a su primera atención prenatal y decidieron participar voluntariamente. A su vez, fueron excluidas aquellas con edad extrema ( $< 18$  años o  $\geq 35$  años) o con diagnóstico de alguna patología grave.

La variable en estudio fue el inicio tardío del control prenatal, la cual correspondió a la primera atención posterior a la semana 14 de gestación, de acuerdo con la fecha de última regla. Asimismo, se estudiaron los factores sociodemográficos ( $\leq 30$  años, sin pareja, instrucción básica, empleada e ingreso económico  $\leq 1000$  nuevos soles), personales (falta de interés en la atención, antecedente de violencia, falta de apoyo familiar, pareja desinteresada, trabajo aplazó la primera atención y experiencia negativa en atención previa) obstétricos (primigesta, nulípara, antecedente de aborto y embarazo no planificado) e institucionales (trámite inadecuado, dificultad de acceso al centro de salud, horario incompatible, trato inadecuado del personal de salud y tiempo de espera inadecuado). Para la recolección de esta información se aplicó la técnica de la encuesta con un cuestionario validado por Navarro.<sup>(10)</sup>

La muestra del estudio fue calculada con la fórmula para estimar una proporción de una población finita, para lo cual se consideró una población de 242 gestantes, un nivel de confianza de 95 %, una proporción con el fenómeno (p) de 0.5 y una proporción sin el fenómeno (q) también de 0.5, con lo que se obtuvo un tamaño muestral de 149 gestantes. La selección de unidades de análisis fue no probabilística, sino intencional.

El estudio contó con la autorización del Comité de Ética en Investigación de la Dirección Regional de Salud del Callao. Además, se contó con el consentimiento informado que presentaba los riesgos y beneficios del estudio, así como los datos del investigador. Este documento fue firmado previo a la aplicación del instrumento.

Los datos fueron examinados mediante el programa R Studio, que permite el análisis descriptivo de las variables cualitativas, las cuales fueron calculadas en sus frecuencias.

Para el análisis inferencial bivariado se utilizó la prueba chi cuadrado y para conocer la magnitud de la asociación de las variables se empleó el *Odds Ratio* (OR) y sus intervalos de confianza (IC 95 %). Las variables que demostraron una asociación significativa se incluyeron en el modelo multivariado, mediante la regresión logística binaria.

## Resultados

En la tabla 1 se observa que en el análisis bivariado los factores sociodemográficos estudiados no mostraron asociación significativa con el inicio tardío de la atención prenatal. No obstante, cabe precisar que 77,2 % de las gestantes que comenzaron sus atenciones prenatales después de la semana 14 de embarazo tenían 30 años o menos, 33,7 % no tenían pareja, 47,5 % solo tenían instrucción básica, 42,6 % eran empleadas y 26,7 % tenían un ingreso económico mensual menor o igual a 1000 nuevos soles.

**Tabla 1** - Factores sociodemográficos asociados al inicio tardío de la atención prenatal

Factores sociodemográficos	Inicio tardío de la atención prenatal				p*	OR [IC 95 %]
	Sí		No			
	n	%	n	%		
≤ 30 años	78	77,2	42	87,5	0,139	0,4 [0,1 – 1,2]
Sin pareja	34	33,7	10	20,8	0,109	1,9 [0,8 – 4,3]
Instrucción básica	48	47,5	21	43,8	0,666	1,1 [0,5 - 2,3]
Empleada	43	42,6	18	37,5	0,556	1,2 [0,6 – 2,5]
Ingreso económico ≤1000 nuevos soles	27	26,7	17	35,4	0,278	0,6 [0,3 – 1,3]

\*p valor estimado para prueba chi cuadrado

Referente a los factores personales resalta que el antecedente de violencia (43,6 %) y el desinterés de la pareja (67,3 %) fueron más frecuentes en el grupo de gestantes que iniciaron tardíamente su atención prenatal. Se muestran diferencias significativas en ambos grupos de estudio y se eleva la probabilidad de presentar esta situación cuando se encuentran expuestas al factor personal (Tabla 2).

**Tabla 2** - Factores personales asociados al inicio tardío de la atención prenatal

Factores personales	Inicio tardío de la atención prenatal				p*	OR [IC 95 %]
	Sí		No			
	n	%	n	%		
Falta de interés en la atención	9	8,9	2	4,2	0,301	2,2 [0,4 – 10,8]
Antecedente de violencia	44	43,6	12	25,0	0,029	2,3 [1,1 – 4,9]
Falta de apoyo familiar	18	17,8	11	22,9	0,463	0,7 [0,3 – 1,6]
Pareja desinteresada	68	67,3	17	35,4	<0,001	3,7 [1,8 – 7,7]
Trabajo aplazó la primera atención	13	12,9	2	4,2	0,099	3,3 [0,7 – 15,7]
Experiencia negativa en atención previa	8	7,9	2	4,2	0,392	1,9 [0,4 – 9,6]

\* p valor estimado para prueba chi cuadrado

En la tabla 3 se muestra que la frecuencia del embarazo no planificado fue mayor en el grupo de gestantes con inicio tardío de la APN, en comparación al otro grupo de estudio (91,1 % vs 60,4 % respectivamente). Se evidencia un incremento en 6,6 veces, la probabilidad de que la gestante inicie su atención prenatal después de las 14 semanas de embarazo cuando este no ha sido planificado.

**Tabla 3 - Factores obstétricos asociados al inicio tardío de la atención prenatal**

Factores obstétricos	Inicio tardío de la atención prenatal				p*	OR (IC 95 %)
	Sí		No			
	n	%	n	%		
Primigesta	34	33,7	20	41,7	0,342	0,7 [0,3 – 1,4]
Nulipara	51	50,5	29	60,4	0,256	0,6 [0,3 – 1,3]
Antecedente de aborto	30	29,7	20	41,7	0,148	0,5 [0,2 – 1,2]
Embarazo no planificado	92	91,1	29	60,4	<0,001	6,6 [2,7 – 16,4]

\*p valor estimado para prueba chi cuadrado

En la tabla 4 se observa que el grupo de gestantes con inicio tardío de la APN (91,1 %) refirió un trámite inadecuado al ser atendida, por parte del personal de salud y un tiempo de espera inadecuado. Asimismo, 18,8 % consideró que el horario de atención era incompatible con el suyo y 16,8 % refirió que se le dificultaba el acceso al centro de salud. No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas de los factores institucionales asociados a los grupos de estudio.

**Tabla 4 - Factores institucionales asociados al inicio tardío de la atención prenatal**

Factores institucionales asociados	Inicio tardío de la atención prenatal				p*	OR [IC 95 %]
	Sí		No			
	n	%	n	%		
Trámite inadecuado	92	91,1	44	91,7	0,907	1,1 [0,3 – 3,6]
Dificultad de acceso al establecimiento	17	16,8	10	20,8	0,553	0,7 [0,3 – 1,8]
Horario incompatible	19	18,8	4	8,3	0,098	2,5 [0,8 – 7,9]
Trato inadecuado del personal de salud	92	91,1	45	93,8	0,577	1,4 [0,3 – 5,6]
Tiempo de espera inadecuado	92	91,1	43	89,6	0,768	1,1 [0,3 – 3,7]

\*p valor estimado para prueba chi cuadrado

En el análisis multivariado se encontró que solo el desinterés de la pareja ( $p= 0,013$ ; OR= 2,7; IC95 % = [1,2-6,1]) y el embarazo no planificado ( $p= 0,001$  OR= 5,6; IC95 % = [2,2-14,3]), fueron los únicos factores que demostraron una asociación significativa con el inicio tardío de la APN (Tabla 5).

**Tabla 5** - Análisis multivariado de los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal

Factores asociados	p	OR	[IC95 %]
Antecedentes de violencia	0,287	1,6	[0,6 – 3,8]
Pareja desinteresada	0,013	2,7	[1,2 – 6,1]
Embarazo no planificado	0,001	5,6	[2,2 – 14,3]

## Discusión

La atención prenatal, como bien refiere *Lugones*<sup>(3)</sup> es una estrategia sanitaria mundial con un proceso bien establecido, que permite realizar un diagnóstico integral y oportuno del estado de salud de la gestante, así como un seguimiento continuo hasta el término de su embarazo. Para lo cual resulta necesario que su inicio sea lo más precoz posible.

En el presente estudio, la condición de tener menos de 30 años no fue un factor asociado significativamente con el inicio tardío de la APN ( $p= 0,139$ ), además, el porcentaje presentado en ambos grupos de estudio, fue menor a lo reportado en el estudio de *Hanna* y *Yemane*, donde la proporción de gestantes cuya edad era menor o igual a los 30 años fue similar en grupo con y sin control prenatal tardío (91,1 % y 89,3 % respectivamente).<sup>(11)</sup> Respecto a la condición laboral de la mujer, *Cáceres Manrique* y *Ruíz Rodríguez*,<sup>(12)</sup> a diferencia de esta investigación, indicaron que tener pareja (RP= 0,67; IC95 % = [0,48-0,94]) y un empleo remunerado (RP= 0,52; IC95 % = [0,37-0,73]) representaron factores protectores para que el control prenatal se realice de forma precoz.

En un estudio desarrollado en Colombia<sup>(12)</sup>, se identificó que en el grupo de gestantes con inicio tardío de la APN, 41,4 % tenía su primera gestación, siendo un factor que mostró diferencias significativas entre los grupos de estudio. Este hallazgo difiere de lo estimado en este estudio, donde la condición de ser primigesta no mostró significancia estadística para iniciar tardíamente la APN. Por otra parte, resalta que no planificar el embarazo es el factor que representa mayor probabilidad para el inicio tardío de la APN [Ora = 5,6; IC95 % = 2,2-14,3], siendo una información similar a lo hallado por *Chilipio* y *Santillán*<sup>(13)</sup>



debido a la significancia estadística en la asociación de las variables, pese a que difiere en la magnitud de la misma (OR=1,48). Estos datos estadísticos permiten inferir que la falta o deficiente proyección de la vida reproductiva de las mujeres y sus parejas, juega un rol importante en el momento de inicio de la APN ya que puede existir un desconocimiento de los signos del embarazo para poder reconocerlos tempranamente y acudir a un centro de salud para descartarlo, o asumir una actitud negativa frente al embarazo y, en consecuencia, a sus cuidados.

Otro factor importante en el estudio fue el desinterés de la pareja, el cual mostró una asociación significativa en el análisis multivariado con el inicio tardío de la APN ( $p= 0,013$ ), además de ser más frecuente en este grupo de gestantes (67,3 %). Estos datos no se contradicen con lo encontrado por *Rivera* y otros<sup>(14)</sup> dado que la falta de apoyo de la pareja (43,8 %) fue menos frecuente en el grupo de gestantes con inicio tardío en comparación a las de inicio temprano, lo que evidencia una falta de asociación significativa entre estas variables. Por lo antes expuesto se desprende que se precisa fomentar y fortalecer el rol activo de la pareja, buscando su empoderamiento en el proceso del embarazo, desde su concepción hasta el término. Igualmente, es necesario estimular un clima agradable con la pareja, que evite factores estresores, centrándose en la comunicación asertiva y una adecuada distribución de roles, maternidad y paternidad responsable.

Referente al antecedente de violencia, en una investigación desarrollada en un centro de salud del Perú,<sup>(10)</sup> se reportó que las mujeres víctimas de violencia tenían hasta 2,3 veces la probabilidad de tener un inicio tardío del control de embarazo. Información semejante a lo reportado en el análisis bivariado de este estudio, pero no en el multivariado, donde este factor no demostró asociación significativa con el inicio tardío de la APN. En cuanto a este contraste de resultados resalta la importancia de un problema social que afecta la salud pública, siendo más relevante aún si considera que en el Perú, 7 de cada 10 mujeres, aproximadamente, ha sufrido algún episodio de violencia familiar.<sup>(7)</sup>

En cuanto a los factores institucionales, el trámite inadecuado y la dificultad de acceso al centro de salud no mostraron diferencias significativas en los porcentajes estimados en los grupos de gestantes con y sin inicio tardío de la APN. Al respecto, *Stein y Ferreira*<sup>(15)</sup> mostraron diferencias en su análisis descriptivo, en el que identifican que el motivo principal para acudir tardíamente a la atención prenatal fue el proceso para obtener una cita. Del mismo modo, *Ebonwu* y otros<sup>(16)</sup> reportaron que las barreras en el acceso al servicio no se asociaron significativamente ( $p= 0,351$ ), pese a su elevada frecuencia. Es

preciso señalar que, pese a la falta de asociación de los factores institucionales, estos deben garantizar que el todo proceso de atención de una gestante sea adecuado y amigable para ella, a fin de fidelizarla y asegurar la continuidad y periodicidad en las atenciones.

Entre las imitaciones del estudio destaca el proceso no probabilístico de selección de la muestra, por lo que los resultados no podrán ser extrapolados a la población correspondiente. Asimismo, se consideró como cierto el registro de la primera atención en el carnet perinatal, pudiendo generar una subestimación o sobreestimación de casos en los grupos de estudio.

### **Conclusiones**

Se concluyó que el desinterés de la pareja, como factor personal, y el embarazo no planificado, como factor obstétrico, demostraron un incremento significativo de la probabilidad de iniciar tardíamente la atención prenatal en las gestantes estudiadas en el Centro de Salud del Callao.

### **Referencias bibliográficas**

1. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018.
2. Aguilera S, Soothill P. Control prenatal. Rev Med Clin Condes. 2014;25(6):880-6.
3. Lugones M. La importancia de la atención prenatal en la prevención y promoción de salud. Rev Cub Obstet Ginecol. 2018;44(1):1-3.
4. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna. Lima: Ministerio de Salud; 2013.
5. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.

6. Moller AB, Petzold M, Chou D, Say L. Early antenatal care visit: a systematic analysis of regional and global levels and trends of coverage from 1990 to 2013. *Lancet Glob Health*. 2017;5(10):e977-e983.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima: INEI; 2018.
8. Wolde HF, Tsegaye AT, Sisay MM. Late initiation of antenatal care and associated factors among pregnant women in Addis Zemen primary hospital, South Gondar, Ethiopia. *Reprod Health*. 2019;16(1):73.
9. Weldemariam S, Damte A, Endris K, Palcon MC, Tesfany K, Berhe A, et al. Late antenatal care initiation: the case of public health centers in Ethiopia. *BMC Res Notes*. 2018;11(1):562.
10. Navarro J. Factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al consultorio de Obstetricia del Centro de Salud “Leonor Saavedra” - enero a marzo del 2015 [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
11. Hanna G, Yemane B. Timing of First Antenatal care visit and its associated factors among pregnant women attending public health facilities in Addis Ababa. *Ethiop J Health Sci*. 2017;27(1):139-46.
12. Cáceres Manrique F, Ruíz Rodríguez M. Prevalencia de inicio tardío de la atención prenatal. Asociación con el nivel socioeconómico de la gestante. Estudio De Corte Transversal. Bucaramanga, Colombia, 2014-2015. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2018;69(1):22-31.
13. Chilipio MA, Santillán JP. Embarazo no planificado como factor de riesgo para inicio tardío y abandono de la atención prenatal. *Rev Int Salud Matern Fetal*. 2019;4(1):3-9.
14. Rivera LM, Burgos NH, Gómez JZ, Moquillaza VH. Factores asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Huaral y Chancay, Perú. *An Fac med*. 2018;79(2):131-37.
15. Stein AC, Ferreira A. Accesibilidad al primer control de embarazo en un centro de salud de la Ciudad De Montevideo. *Enfermería*. 2012;1(1):11-9.

16. Ebonwu J, Mumbauer A, Uys M, Wainberg ML, Medina Marino A. Determinants of late antenatal care presentation in rural and peri-urban communities in South Africa: A cross-sectional study. PLoS ONE. 2018;13(3):e0191903.

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existe conflicto de ningún tipo con la elaboración de este documento.

### **Contribución de los autores**

Tifany Quijaite Masías (concepción y diseño del estudio, recolección e interpretación de los datos, redacción del artículo y aprobación del contenido del manuscrito).

Natalia Valverde Espinoza (procesamiento de los datos, análisis e interpretación de los datos, redacción del artículo y aprobación del contenido del manuscrito).

John Barja Ore (análisis e interpretación de los datos, redacción y revisión crítica del artículo y aprobación del contenido del manuscrito).