

UTILIZACIÓN DEL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES DE LA DELEGACIÓN IZTAPALAPA, DISTRITO FEDERAL DE MÉXICO

IRMA YOLANDA CASTILLO ÁVILA¹, ROSA AMARILIS ZARATE GRAJALES² CRISTINA BOHÓRQUEZ MORENO³,
LUCIA ILLESCAS CORREA⁴, MARÍA GUADALUPE HERNÁNDEZ RAMÍREZ⁵

Recibido para publicación: 04-10-2018 - Versión corregida: 24-02-2019 - Aprobado para publicación: 14-03-2019

Resumen

Objetivo: *determinar la utilización adecuada del control prenatal en gestantes de la delegación Iztapalapa del Distrito Federal de México. Materiales y métodos:* estudio descriptivo, retrospectivo (entre diciembre 2014 y abril de 2015), en la delegación de Iztapalapa del Distrito Federal de México, con una muestra de 135 mujeres. Para recolectar la información fue utilizada una encuesta para datos sociodemográficos basada en la ENSANUT, un cuestionario de caracterización familiar, que incluyó el APGAR familiar, para medir la percepción de la funcionalidad familiar, y un cuestionario de satisfacción con los servicios de salud recibidos. **Resultados:** fueron incluidas en el estudio 135 mujeres embarazadas, con un promedio de edad de 26,7 años, la media de controles prenatales fue de 5, la razón principal de asistir es la de detectar alteraciones tempranas, además se sienten satisfechas con la atención brindada por el personal de salud y perciben un adecuado apoyo familiar. **Conclusiones:** la utilización del control prenatal mejora entre las mujeres primíparas, que conviven en familias nucleares y normofuncionales.

Palabras clave: *mujeres embarazadas, atención prenatal, accesibilidad a los servicios de salud/utilización.*

Archivos de Medicina (Manizales), Volumen 19 N° 1, Enero-Junio 2019, ISSN versión impresa 1657-320X, ISSN versión en línea 2339-3874. Castillo Ávila I.Y., Zarate Grajales R.A., Bohórquez Moreno C., Illescas Correa L., Hernández Ramírez M.G.

- 1 Magister en Salud Pública, Departamento de Investigación, Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena, Cartagena, Bolívar, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4423-0874>, Correo e.: icastilloa@unicartagena.edu.co
- 2 Magister en Educación, Coordinación de Investigación, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F., México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9264-8490>, Correo e.: Rosa Amarilis Zarate Grajales.
- 3 Magister en Farmacología. Facultad de enfermería, Universidad de Cartagena, Cartagena, Bolívar, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3816-6749>. Correo e.: cbohorquezm@unicartagena.edu.co
- 4 Especialista en Enfermería Perinatal. Dirección de Enseñanza, Hospital materno infantil. CIMIGEN, México, D.F., México. ORCID: orcid.org/0000-0002-7947-7199. Correo e.: uci-illescas@hotmail.com
- 5 Especialista en Enfermería Perinatal. Coordinación de Investigación, Hospital Materno Infantil. CIMIGEN, México, D.F., México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7603-7905>. Correo e: keziaferguarodri@hotmail.com

Castillo-Ávila IY, Zarate-Grajales RA, Bohórquez-Moreno C, Illescas-Correa L, Hernández-Ramírez MG. Utilización del control prenatal en gestantes de la delegación Iztapalapa, distrito federal de México. Arch Med (Manizales) 2019; 19(1):46-5. DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.19.1.2783.2019>.

Use of antenatal care in pregnant women of the delegation Iztapalapa federal district of México

Summary

Objective: *to determinate the use of antenatal care in pregnant women of the delegation Iztapalapa in the Federal District of Mexico. Materials and methods:* *sudy descriptive, retrospective (December 2014 to April of 2015), in the delegation of Iztapalapa of the District Federal of Mexico, it shows was constituted by 135 women. To collect the information is used a survey to data socio-demographic and characterization family based in the ENSANUT. Also used the instrument of assessment of family functionality (APGAR family) and satisfaction with the services. Data were coded in an array of data in the Microsoft Excel program and its analysis was performed by descriptive statistics using the statistical software SPSS version 23. Results:* *were included in the study, 135 women pregnant women, with an average age of 26,7 years, prenatal median was 5, the main reason to attend is the detecting early alterations, also they are satisfied with the care provided by health personnel and they have adequate family support. Conclusions:* *the use of the control prenatal is greater among primiparous women, that living nuclear families and that perceived their families as functional.*

Key words: *pregnant women, prenatal care, accessibility to health services.*

Introducción

En América Latina existen diversos modelos de atención en salud, que se distinguen según el grado de fragmentación de los servicios y la participación del sector privado en el aseguramiento y la prestación. En la mayoría de estos países, coexiste una variante organizativa mixta y segmentada, donde el acceso a servicios de salud no está completamente disponible y en algunos casos es de baja efectividad y calidad técnica e inexistente para grandes segmentos de la población [1,2]. En el campo de la salud sexual y reproductiva (SSR), los países latinoamericanos, han adquirido compromisos que implican obligaciones para el

estado, relacionadas con la calidad y el acceso en condiciones de igualdad y equidad a servicios integrales de SSR, que buscan impactar de forma positiva en los indicadores de salud poblacional [3]. Uno de esos servicios, es la atención a la mujer en estado de embarazo, parto y puerperio, implementados a través de los denominados programas de control prenatal, por cuanto constituyen la principal herramienta política y programática que permite detectar las alteraciones en estos estados reproductivos de la mujer [4-6].

De acuerdo a lo que establece la Organización Mundial De La Salud (OMS), se considera como control prenatal adecuado, la inscripción a este servicio, antes de la semana 12 de ges-

tación y que además la mujer asista a por lo menos 8 controles. Se estima que un número mayor de controles de calidad, facilitará la aplicación de medidas de prevención y control de factores de riesgo que pongan en peligro la vida de la madre y/o del feto [7]. Datos reportados por la OMS, indican que en África solo el 63% de las embarazadas, y el 65% en Asia asisten al menos a una consulta de control prenatal [8]. Esta situación no es diferente en América Latina, donde a pesar de que desde hace varias décadas se han organizado estos programas encaminados a la atención de las gestantes, estadísticas de la región dan cuenta de coberturas bajas, especialmente en la población de menores ingresos. En países como Guatemala, Haití, Nicaragua, Paraguay y Perú, sólo del 35 – 68% de esta población, tuvieron al menos una consulta prenatal [9,10].

En México, el panorama es distinto, según el Banco Mundial, del total de mujeres que estuvieron embarazadas durante el año 2015, el 98,5% de ellas recibió atención médica prenatal, con una media de 5,35 controles [11]. Este uso inadecuado del control prenatal se ve reflejado en las altas tasas de mortalidad materna, considerándose este a nivel internacional un indicador sensible de la situación de salud de las mujeres y que tiene una relación importante con la calidad de los servicios de salud que proveen a este grupo poblacional. [12-14].

La mortalidad materna es la principal causa de muerte entre mujeres en edad reproductiva a nivel global. Más de 1,500 mujeres y niñas mueren cada día a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto; lo que se traduce en cerca de 550 mil muertes anuales. Así mismo, la OMS reporta que aproximadamente 22,000 mujeres, en promedio mueren en la región de las Américas, de las cuales el 80% estaban relacionadas con la gestación o el parto [12]. En México aunque se ha avanzado en la disminución de muertes maternas, en el año 2014, el indicador era de 42,3 muertes

maternas por cada 100 mil nacidos vivos, teniendo para ese mismo año, un promedio de 1,192 decesos de mujeres, registrados como consecuencia de complicaciones al momento de dar a luz, debido a una mala o inoportuna atención médico-hospitalaria [15].

En la literatura se pueden identificar múltiples factores que se comportan como mediadores del uso del control prenatal, algunos de tipo personal, como la edad, escolaridad, deseo del embarazo; familiares como: la funcionalidad familiar, ciclo vital familiar, tipo y tamaño de familia; económicos tales como ingresos y egresos; factores de los servicios de la salud como satisfacción o insatisfacción con la atención, cercanía al lugar de provisión de servicios y régimen de afiliación. La comprensión de estos factores puede ayudar de manera significativa al mejoramiento de los servicios de salud y de enfermería que se ofertan a esta población [16].

Partiendo de esto es importante determinar la utilización adecuada del control prenatal en la gestante de la delegación de Iztapalapa del Distrito Federal de México con el fin de plantear estrategias y actividades para mejorar y reforzar el uso apropiado del control durante el embarazo, garantizando el bienestar y plena satisfacción a la madre, la buena salud del binomio madre-hijo y evitar así posibles complicaciones.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo, temporalidad retrospectiva, que buscó determinar la utilización del control prenatal en gestantes de la delegación Iztapalapa del Distrito Federal de México, el cual fue desarrollado en la Clínica/Hospital: Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento - CIMIGEN, de la delegación de Iztapalapa del Distrito Federal de México. Esta institución privada sin fines de lucro presta servicios de salud que abarcan, promoción, investigación, educación y capacitación en el área materno infantil a la población de escasos recursos. Dentro de la

consulta externa que se ofrece a las gestantes, se incluyen las consultas de control siguiendo los parámetros nacionales establecidos con un mínimo de 5 controles iniciando desde la semana 12, que incluye consulta mensual por Enfermería a gestantes de bajo riesgo, además de consulta con odontología, nutricionista y ginecología [17].

Del total de 242 gestantes egresadas de la unidad de perinatología de la institución en el periodo de diciembre de 2014 – abril de 2015 se incorporaron en el estudio 135 gestantes, los que representan el 55,7% del total de los nacimientos en dicha unidad, en el periodo de tiempo mencionado. Se excluyeron 107 pacientes, equivalentes a 44,3% restante, por información incompleta en la Historia clínica, por haber presentado patologías del embarazo o por ser menores de 15 años.

La fuente de información fue la historia clínica individual y las llamadas telefónicas a las usuarias para corroborar algunos datos y completar información según el caso. El instrumento de recolección de información fue dividido en 4 secciones. Para la información sociodemográfica e historia prenatal y obstétrica, se diseñó una encuesta con base en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT); en esta, se recogían datos sobre lugar de residencia, edad, estado civil, nivel educativo, afiliación en salud, estrato social, ocupación, ingreso familiar y número de personas que conforman la familia. La segunda parte de esta encuesta incluyó datos sobre la presencia de patologías, fórmula gestacional, edad gestacional, asistencia al control prenatal (CP), inicio de la primera consulta prenatal, número de controles prenatales realizados, institución dónde se realiza el CP, pago de servicios, responsable del pago de esos servicios y razones de la asistencia o inasistencia al CP.

La tercera parte constaba de 11 preguntas para caracterización familiar, para lo que se incluyó el APGAR familiar, que permite evaluar la percepción del funcionamiento de la familia

en un momento determinado. Este instrumento consta de cinco preguntas cerradas para obtener una evaluación rápida y sencilla de la funcionalidad familiar en 5 áreas básicas: adaptación, participación, desarrollo, afecto y capacidad resolutive de la familia. Cada pregunta se puntúa en una escala que va de 0 a 2, en la que cero (0) equivale a “casi nunca”, 1 a “a veces” y 2 a “casi siempre”, obteniéndose un índice final entre 0 y 10 puntos [18], este ha sido validado en diferentes países, entre las que se destaca la validación realizada por Forero et al [19] en la ciudad de Bucaramanga en 2006, mostrando un α de Cronbach de 0,793.

La cuarta fue la escala Satisfacción de Varela *et al.*, que evalúa la atención de los servicios sanitarios de atención primaria validada en 1.967 usuarios de 76 centros públicos de atención primaria de la comunidad gallega es una escala breve y de fácil aplicación, consta de 11 ítems que evalúan el personal sanitario (4 ítems), personal de apoyo (2 ítems), condiciones físicas (3 ítems) y el acceso al servicio (2 ítems) y tiene un α de Cronbach de 0,82 [20]. Este instrumento no ha sido validado en el contexto Latinoamericano, pero ha sido utilizado en diversos estudios como el Castillo et al en la ciudad de Cartagena [21] y Miranda [7] en Sincelejo, mostrando aceptación por las gestantes participantes en el estudio.

Desde el punto de vista de la ética en investigación, este proyecto se fundamentó en la Declaración de Helsinki, la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia; también se respalda en la Norma Nacional Mexicana 012 SSA3 – 2012, que establece los Criterios para la Ejecución de Proyectos de Investigación en seres Humanos. Este proyecto se clasifica como una investigación sin riesgo, ya que los instrumentos de medición empleados no implican ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas,

psicológicas o sociales de las gestantes que participan en el estudio.

Una vez obtenidos los datos, se digitaron en una matriz de datos en el programa Microsoft Excel (Microsoft Corp.) y su análisis se realizó mediante el programa estadístico IBM SPSS versión 23.0 (IBM Corp). Referente a la estadística descriptiva, las variables medidas en escala nominal se desplegaron mediante tablas de frecuencia, y las medidas en escala numérica mediante promedio y desviación estándar.

Control de sesgos: se seleccionó toda la población en el periodo establecido, excluyendo solo las que no cumplían con los criterios para hacer parte del estudio y se emplearon para la recolección de la información instrumentos confiables y validados con anterioridad.

Resultados

Características sociodemográficas de las mujeres participantes.

En el estudio participaron 135 mujeres embarazadas de la delegación de Iztapalapa, Distrito Federal de México, siendo la edad promedio de 26,7 años, DE (6,35). El 91,9% (124) proceden del área urbana, 58,5% (79) viven en unión libre, 30,4% (41), terminaron la secundaria, 69,6% (94) son amas de casa y 83,7% (113) viven en estrato socioeconómico medio correspondiente a D+.

Con respecto a las características familiares de las participantes en el estudio se encontró que el 71,9% (97) de las mujeres pertenecen a familias nucleares y el 94,1% (127) de estas perciben sus familias como normo-funcionales. (Tabla 1)

Antecedentes gineco-obstétricos de las mujeres participantes.

Los antecedentes gineco-obstétricos de las mujeres participantes reflejan que el 54,8% (74) de estas eran multíparas y el 91,1% (123) no presentaron patologías asociadas al embarazo.

Tabla 1. Distribución de las características sociodemográficas y familiares de las mujeres embarazadas participantes de la delegación de Iztapalapa, Distrito Federal de México. 2015.

Procedencia	N	%
Rural	11	8,1
Urbana	124	91,9
Estado civil	N	%
Casada	28	20,7
Separada	2	1,5
Soltera	26	19,3
Unión Libre	79	58,5
Nivel educativo	N	%
Sin estudios	1	0,7
Primaria Incompleta	1	0,7
Primaria Completa	5	3,7
Secundaria Incompleta	38	28,1
Secundaria Completa	41	30,4
Técnico	5	3,7
Universitario	44	32,6
Estrato social	N	%
B (ALTA)	1	0,7
D+ (MEDIA BAJA)	113	83,7
C (MEDIA)	20	14,8
D BAJA	1	0,7
Régimen de afiliación	N	%
Público	32	23,7
No responde	87	64,4
Privado	16	11,9
Ocupación	N	%
Ama de Casa	94	69,6
Empleada	21	15,6
Estudiante	17	12,5
Independiente	3	2,2
Funcionalidad Familiar	N	%
Normofuncionales	100	74,0
Disfuncionalidad moderada	32	23,7
Disfuncionalidad severa	3	2,3
Tipo de familia	N	%
Extensa	23	17,0
Monoparental	15	11,2
Nuclear	97	71,8
Total	135	100,0

Fuente: datos del estudio

Uso del control prenatal de las mujeres participantes.

Del total de mujeres embarazadas encuestadas, el 94,81% (128) asistieron al control prenatal con un promedio de 5 controles prenatales, entre las razones de uso manifestadas se encuentra para detectar alteraciones 34,1%(46) por recomendación 35,6%(48) y para el bienestar del bebé 3,7% (5), de estas 45 tienen un control adecuado porque se inscribieron antes de la semana 12 de gestación y tuvieron un número mínimo de 5 controles hasta la semana 3.

Entre las razones principales de la no asistencia al control prenatal manifestaron: que creía que no lo necesitaban 71,4% (5), demasiado lejos y que estaba de viaje (14,3% (1)) respectivamente. (Tabla 2)

Tabla. 2. Uso del control prenatal por embarazadas participantes de la delegación de Iztapalapa, Distrito Federal de México. 2015

Asistencia al control prenatal	N	%
No	7	5,2
Si	128	94,8
Razón de asistencia al control prenatal	N	%
Bienestar del bebé	5	3,7
Cuidado del bebé	1	0,7
Detección de alteraciones	46	34,1
Recomendación	48	35,6
No responde	35	25,9
Total	135	100
Razones de no asistencia al control	N	%
Demasiado lejos	1	14,3
Creía que no necesitaba porque había tenido hijos sin problema	5	71,4
Estaba de viaje	1	14,3
Total general	7	100,0

Fuente: datos del estudio

Satisfacción de las mujeres participantes hacia los servicios de salud.

En lo que concierne a la satisfacción de las usuarias según el instrumento de Varela *et al*, se encontró que la mayoría de las embarazadas que utilizaron el servicio del control pre-

natal, manifestaron sentirse satisfechas con la atención prestada, las razones principales son; el tiempo que le dedica su médico, la solución que el médico y/o enfermera le brinda y el interés del médico al explicarle las dolencias, representadas por el 100% de las participantes. El tiempo de espera para la atención fue menos de 30 minutos para el 72,6% (98), y el 83,7% (113) manifiesta que el horario de atención se ajusta a su tiempo. (Tabla 3)

Tabla 3. Satisfacción de las embarazadas encuestadas hacia los servicios de salud, de la delegación de Iztapalapa, Distrito Federal de México. 2015

Solución que el médico/enfermera le da	n	%
Satisfecha	134	99,3
Insatisfecha	1	0,7
Interés del médico en explicarle la dolencia	n	%
Satisfecha	135	100
Insatisfecha	0	0
Información proporcionada sobre el tratamiento	n	%
Satisfecha	134	99,3
Insatisfecha	1	0,7
Trato recibido por el personal	n	%
Satisfecha	133	98,5
Insatisfecha	2	1,5
Disposición del personal para ayudarlo	n	%
Satisfecha	133	98,5
Insatisfecha	2	1,5
Comodidad y amplitud de la sala de espera	n	%
Satisfecha	132	97,8
Insatisfecha	3	2,2
Instalaciones y equipamiento del centro	n	%
Satisfecha	132	97,8
Insatisfecha	3	2,2
Señalización interna del centro	n	%
Satisfecha	132	97,8
Insatisfecha	3	2,2
Tiempo de espera	n	%
30 minutos o menos	98	72,6
Más de 30 minutos	37	27,4
¿El horario de atención para el control prenatal se ajusta a su tiempo?	n	%
Si	113	83,7
A veces	19	14,1
No	3	2,2
TOTAL	135	100,0

Fuente: datos del estudio

Discusión

La asistencia de las mujeres embarazadas al control prenatal es considerada como una medida importante para mantener y preservar la salud de la madre y del feto, además permite conocer oportunamente los factores de riesgo con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad materno-fetal [22].

En el presente estudio participaron gestantes de la delegación de Iztapalapa, Distrito federal de México, en su mayoría jóvenes, que conviven en unión libre, culminaron la secundaria y viven en un estrato socioeconómico bajo, resultados similares a los encontrados por Castillo en Bolívar y Castaño en Caldas, Colombia donde la gran proporción de las mujeres poseían las mismas características [23], [24] lo que puede configurarse como un determinante importante a la hora de cumplir con los controles obligatorios del programa, a pesar de no estar asociados se observó que las gestantes con mayor nivel socioeconómico llevan a cabo un mejor control prenatal [25] [26] mismo, el bajo nivel educativo puede influir en que exista desconocimiento acerca de su autocuidado. Sin embargo, es importante destacar que para este caso en particular la mayor proporción de las mujeres ha alcanzado un nivel de escolaridad medio o superior, lo que es llamativo cuando se compara con la alta proporción de asistencia al control que se reporta dentro de este grupo.

En relación al estado civil el 79,2% de las participantes contaba con una pareja estable similar a lo reportado por Miranda [7] en la ciudad de Sincelejo donde más del 70% de las gestantes convivían en unión marital, por lo que se puede considerar como un factor que influya positivamente en tener un mejor control prenatal; porque tener una pareja estable es considerado como un apoyo durante la gestación [27].

Con relación a las características familiares de las participantes, estas reportaron en su mayoría (71,2%) pertenecer a familias nuclea-

res y normofuncionales, resultados similares a los encontrados por Castillo, [23], lo que podrá influir positivamente en que las embarazadas utilicen adecuadamente el control prenatal. El apoyo familiar se releja en que los miembros tienen un mayor grado de conciencia y responsabilidad por su salud y por la salud de sus convivientes [28].

En lo que concierne a las razones por las cuales las gestantes asistieron a los controles prenatales predominó la oportunidad de detectar tempranamente alteraciones que pongan en riesgo la vida del binomio madre-feto y para el bienestar del bebé, esto concuerda con lo encontrado por Jiménez *et al.* donde las participantes en el estudio manifestaron que asistían para tener un bebé sano [29]. De lo anterior se puede inferir que las gestantes poseen información acerca de la importancia que tiene el control prenatal en la reducción de la morbilidad y mortalidad materno-perinatal, sin embargo, una proporción de mujeres manifestó que no asistió a los controles porque no lo consideraba necesario y porque ya había tenido hijos sin la asistencia previa a este programa [8].

Dentro de las principales razones de inasistencia al control prenatal, se evidenció que la mayoría de las participantes no asistían porque consideraban que podían tener sus hijos sin problemas, resultados que concurren con los encontrados por Castillo en el departamento de Bolívar donde una proporción de los participantes no asistieron al control prenatal porque no lo creían necesario, estaba demasiado lejos o por descuido [23]. Estos resultados pueden ser derivados del bajo nivel educativo y la multiparidad que tienen las gestantes, debido a que estas características son consideradas como factores asociados a la baja adherencia del control prenatal [30] Así como lo evidenció Arispe en Perú, quien reportó como factor asociado al uso inadecuado al control prenatal, que la mujer sea múltipara, a diferencia de las primigestas, quienes asistieron adecuadamente a sus controles prenatales [30].

Es importante destacar que algunas de las participantes no asistían a los controles porque el lugar de atención está demasiado lejos, resultados similares a los encontrados por Rodríguez, donde se evidenció como una de las principales barreras de acceso al control prenatal, las dificultades presentadas con el transporte, las cuales impedían que las gestantes obtuvieran atención médica [31, 32].

En lo que concierne a la satisfacción de las usuarias con el servicio del control prenatal, se obtuvo que las gestantes están satisfechas con la atención prestada, estos resultados coinciden con los encontrados por Castillo en la ciudad de Cartagena, donde la mayoría de los participantes manifestaban sentirse satisfechas con las instalaciones y el trato recibido por el personal, evidenciando que la atención prestada en la institución de salud es un factor que favorece a que las mujeres asistan a los controles prenatales [33]. De igual manera Mellado, en Sincelejo, encontró que las Usuaris del control prenatal manifestaron satisfacción con el servicio, al revelar que contaban con un horario ajustado a sus necesidades, los profesionales cumplen con el horario establecido para la cita, además estos le brindan el tiempo suficiente para la realización, y el trato adecuado que se les brinda [7].

Conclusiones

Este estudio destaca las características de la utilización del control prenatal en gestantes de la delegación de Iztapalapa, del Distrito Federal De México, convirtiéndose este en un insumo importante para la formulación de estrategias y actividades que permitan el fortalecimiento del programa.

Este estudio ofrece insumos para comprender la utilización de los servicios de control prenatal a nivel de la delegación; proporciona las razones de asistencia e inasistencia de las embarazadas al programa de control prenatal, y se configura como una herramienta para mejorar las coberturas, disponiendo de información importante para el desarrollo de políticas y estrategias que mejoren el uso de los servicios de salud, especialmente el control prenatal. Dentro de ellas se puede destacar el hecho de que una de las razones más importantes de la asistencia regular a las citas de controles está relacionada con la recomendación que reciben las gestantes para hacerlo. Fortalecer la orientación educativa sobre los beneficios de la asistencia al control y la recomendación franca del personal de salud a la madre y a quienes acompañan a la mujer durante la consulta, puede resultar en una estrategia de impacto positivo para favorecer la adherencia de la gestante al programa y garantizar el cumplimiento de las citas.

Agradecimientos

A la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad de Cartagena, La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Clínica CIMIGEN por el apoyo brindado durante este proceso.

Conflictos de interés: los autores no declaran conflictos de intereses

Fuentes de financiación: Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad de Cartagena

Literatura citada

1. Bustamante AV, Méndez CA. **Health care privatization in Latin America: comparing divergent privatization approaches in Chile, Colombia, and Mexico.** *J Health Polit Policy Law* 2014; 39(4):841-886. DOI: 10.1215/03616878-2743063.
2. Arriagada I, Aranda V, **Miranda F. Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas.** Santiago de Chile: Naciones Unidas – CEPAL. División de Desarrollo Social; 2005.
3. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. **Política de Salud Sexual y Reproductiva.** Bogotá DC: República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social; 2015.
4. Rivera-Montiel A. **Control prenatal. Materiales de apoyo para el aprendizaje.** México DF: Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; 2008.
5. Gobierno Federal de México. **Secretaría de Salud. Guía de Práctica clínica para el Control Prenatal con enfoque de riesgo. Evidencias y Recomendaciones.** México DF: Gobierno Federal de México; 2011.
6. Alcaldía de Bogotá. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología. **Guía de control prenatal y factores de riesgo.** Bogotá DC: Alcaldía de Bogotá. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología; 2013.
7. Miranda C. **Factores de capacidad en el uso de control prenatal adecuado en gestantes de Sincelejo (Colombia).** *Rev Salud Uninorte* 2016; 32(3): 436-451. DOI: <http://dx.doi.org/10.14482/sun.32.3.9744>.
8. Laureano J, Mejía M, Ortiz R, Saavedra J. **Perspectiva de las parteras en Jalisco, México, frente al embarazo de alto riesgo: estudio cualitativo.** *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2017; 68(1):49-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.2980>.
9. Atienzo E, Suárez-López L, Meneses-Palomino M, Campero L. **Características de la atención prenatal en adolescentes del Perú, comparación con mujeres adultas.** *Rev Med Hered* 2016; 27(3):131-138.
10. Ruiz M, Miller T, Márquez L, Villarroel, M. **Hacia la armonización de las estimaciones de mortalidad materna en América Latina: actualización y ampliación a los 20 países de la región,** Santiago de Chile: CEPAL; 2015.
11. Grupo Banco Mundial. **Embarazadas que reciben atención médica prenatal (%).** Washington D. C.: Banco Mundial, 2019.
12. García M, Imbachí L, Hurtado P, Gracia G, Zarante, I. **Ultrasound detection of congenital anomalies in 76,155 births in the cities of Bogotá and Cali, 2011-2012.** *Biomedica.* 2014; 34(3):379-386. DOI: 10.1590/S0120-41572014000300008.
13. Mendoza L, Arias M, Peñaranda C, Mendoza L, Manzano S, Varela A. **Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal.** *Rev Chil Obstet Ginecol* 2015; 80(4):306-315. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000400005>.
14. Noguera N, Alvarado H. Embarazo en adolescentes: **una mirada desde el cuidado de enfermería.** *Revista Colombiana de Enfermería* 2010; 7:151-160.
15. Pisanty J. **Inequidades en la mortalidad materna en México: un análisis de la desigualdad a escala subestatal.** *Salud pública Méx* 2017; 59(6):639-649 DOI: <https://doi.org/10.21149/8788>.
16. Figueroa D, Neves E. **Utilización de servicios de salud materno-infantil según características sociodemográficas en una ciudad del interior del estado de Paraíba, Brasil.** *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2016; 67(2):112-119. DOI: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.386>.
17. Secretaría de salud. **Norma oficial mexicana nom-007-ssa2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.** México D.F. México. Secretaria de salud; 2016.
18. Suarez M, Alcalá M. **APGAR Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar.** *Rev Méd La Paz* 2014; 20(1):53-57.
19. Forero L, Avendaño M, Duarte Z, Campo A. **Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria.** *Rev Colomb Psiquiatr* 2006; 35(1):23-29.
20. Varela J, Boubeta A, García E. **Presentación de una escala de satisfacción con los servicios sanitarios de atención primaria.** *Psicothema* 2003; 15(4):656-661.
21. Castillo I, Arias L, Cueto E, Ledesma J, Luna T, Morón L, Pérez M. **Factores asociados al uso del control prenatal por mujeres embarazadas del Distrito de Cartagena. 2011.** Cartagena: Universidad de Cartagena, Facultad de Enfermería; 2011.
22. Córdoba R, Escobar L, Guzmán L. **Factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de la ese san Sebastián de la plata. Huila, 2009.** *Rev Fac de Salud* 2012; 4(1):39-49. DOI: <https://doi.org/10.25054/rfs.v4i1.118>.
23. Castillo I, Fortich L, Padilla Y, Monroy M, Morales Y, Ahumada A. **Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia.** *Rev Cub Enferm* 2017; 33(1):0-0.

24. Castaño J, Esquivel V, Ocampo P, Páez M, Rico L, Santacoloma V, Zamora L. **Características de madres gestantes y sus recién nacidos en relación con la edad de las madres en el departamento de Caldas (Colombia), 2003-2008.** *Arch Med (Manizales)* 2011; 11(1):23-28.
25. Martínez J, Delgado M. **Determinantes asociados a la participación de mujeres primíparas en el programa de educación prenatal.** *Rev Gac Sanit* 2012; 27(5):447-449.
27. Díaz A, Rodríguez A, García R, Guerra M, Jovar R, Balcindes S, et al. **Diseño y metodología para el estudio de la utilización de servicios médicos y alternativos en un área de salud.** *Rev Cubana Hig Epidemiol* 2012; 50(3):340-353.
28. Cortés A, Chacón D, Álvarez A, Sotona Y. **Early Pregnancy: Impact on Family Health and Society.** *Rev Cubana Med Gen Integr* 2015; 31(3):376-383.
29. Jiménez A, Peralta E, Hinojosa L, García P, Castillo Y, Miranda C. **Beneficios y barreras percibidos por las adolescentes embarazadas en el control prenatal.** *Rev Ciencia UANL* 2012; 15(57):81-92.
30. De María F. **El control prenatal: una reflexión urgente.** *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2016; 60(2):165-170.
31. Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas J. **Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia: Frequency of inadequate prenatal care and associated factors.** *Rev Med Hered* 2011; 22(4):159-160.
32. Rodríguez F, Jiménez W, Jiménez C, Coral Á, Ramírez P, Ramos N. **Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales.** *Rev Gerenc Polit Salud* 2014; 13(27): 212-227. DOI: 10.11144/Javeriana.rgygs13-27.ebas.
33. Castillo I, Villarreal M, Olivera E, Pinzón A, Carrascal H. **Satisfacción de usuarias del control prenatal en instituciones de Salud Públicas y Factores asociados.** *Cartagena. Hacia Promoc Salud* 2014; 19(1):128-140.

