Artículo Originales

# Atención prenatal y psicoprofilaxis obstétrica en gestantes del primer nivel de un distrito del Callao

# Prenatal care and obstetric psychoprophilaxis in pregnant women of primary healthcare of a district of Callao

Basilio-Rojas, Marlene Raquel

Marlene Raquel Basilio-Rojas 1
marlene.basilio.roja@gmail.com
Dirección Regional de Salud del Callao., Perú

**Peruvian Journal of Health Care and Global Health**
Universidad de Ciencias y Humanidades, Perú
ISSN: 2522-7270
ISSN-e: 2522-7270
Periodicidad: Semestral
vol. 4, núm. 1, 2020
peruvianjournal.hgh@gmail.com

Recepción: 22 Mayo 2020
Aprobación: 10 Junio 2020
Publicación: 27 Junio 2020

**URL:** http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/579/5792494003/index.html

**DOI:** https://doi.org/10.22258/hgh.2020.41.68

Autor de correspondencia: marlene.basilio.roja@gmail.com

Copyright 2020 Health care & global health

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

**Resumen: Objetivo:** Determinar la frecuencia de la atención prenatal (CPN) y las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica (PO) en las gestantes que acuden al Centro de Salud Mi Perú, en el distrito Mi Perú, Región Callao. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo transversal. La población estuvo conformada por las gestantes atendidas en el Centro de Salud Mi Perú durante el año 2019. La muestra fue censal incluyendo a 278 gestantes, se descartó 10 por datos incompletos. El instrumento utilizado fue un cuestionario constituido por características sociodemográficos, características maternas y de la atención prenatal y postnatal. **Resultados:** El análisis se realizó con 268 gestantes con una edad media de 25,55 años (DE=6,29; Rango: 14 a 46). El 66,8% (n=179) tenía de seis a más CPN y el 51,5% (n=138) fueron captadas en el primer trimestre de embarazo. La mayor proporción de gestantes controladas eran convivientes o casadas (p=0,031). Las gestantes que tenían menos de dos hijos en su mayoría cumplieron con tener al menos seis CPN (p=0,049). Las gestantes que tuvieron seis a más CPN participaron en mayor cantidad de sesiones de psicoprofilaxis (p<0,001). La mayor cantidad de gestantes con seis a más CPN fueron captadas en el primer trimestre del embarazo (p<0,001). **Conclusiones:** Las gestantes con al menos 6 CPN son en su mayoría convivientes o casadas, tienen menos de dos hijos, participaron en mayor cantidad de sesiones de PO y fueron captadas en el primer trimestre del embarazo.

**Palabras clave:** Atención prenatal, Educación Prenatal, Atención Primaria de Salud, Perú (Fuente: DeCS, BIREME).

**Abstract: Objective:** To determine the frequency of prenatal care (PNC) and obstetric psychoprophylaxis (OP) sessions in pregnant women who come to the Mi Perú Health Center, in the Mi Perú district, Callao Region. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study. The population was made up of pregnant women attended at the Mi Perú Health Center during 2019. The sample was census including 278 pregnant women, 10 were discarded due to incomplete data. The instrument used was a questionnaire made up of sociodemographic characteristics, maternal characteristics, and prenatal and postnatal care. **Results:** The analysis was performed with 268 pregnant women with a mean age of 25.55 years (SD = 6.29; Range: 14 to 46), 66.8% (n = 179) had six or more PNCs and 51.5% (n = 138) were captured in the first trimester

of pregnancy. The highest proportion of controlled pregnant women were living with or married (p = 0.031). The pregnant women who had less than two children mostly complied with having at least six NPC (p = 0.049). The pregnant women who had six or more PNC participated in more psychoprophylaxis sessions (p <0.001). The greatest number of pregnant women with six or more PNCs were captured in the first trimester of pregnancy (p <0.001). **Conclusions:** Pregnant women with at least 6 PNC are mostly cohabiting or married, have fewer than two children, participated in a greater number of OP sessions and were captured in the first trimester of pregnancy.

**Keywords:** Prenatal Care, Prenatal Education, Primary Health Care, Peru (Source: MeSH, NLM).

## INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna continúa siendo uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, a pesar de que la razón de mortalidad materna mundial (RMM) estimada disminuyó en cerca de un 44% en los últimos 25 años, la magnitud de esa disminución fue diferente de una región a otra[1]. En el Perú, la salud materna ha mejorado en forma importante en los últimos años, la mortalidad materna pasó en 20 años de 769 defunciones en 1997 a 325 en 2016, lo que representa un descenso del 42%[2].

Una intervención clave para la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal es la atención prenatal, porque permite identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo[3]. Idealmente, la atención prenatal debe cumplir con cinco atributos básicos: precocidad, periodicidad, completitud, cobertura y gratuidad[4] para que efectivamente contribuya a reducir la morbilidad y la mortalidad materna. El Ministerio de Salud (MINSA) establece que la frecuencia óptima de atención prenatal consiste en una atención mensual hasta las 32 semanas, una atención quincenal entre las 33 y las 36 semanas y una atención semanal desde las 37 semanas hasta el parto; y considera un mínimo de 6 atenciones prenatales[5].

La Psicoprofilaxis Obstétrica (PO) también es considerada como una herramienta de prevención en la atención obstétrica que tiene un impacto positivo en la salud materna y perinatal[3]. La psicoprofilaxis obstétrica es un proceso educativo para la preparación integral de la mujer gestante que le permita desarrollar hábitos y comportamientos saludables, así como una actitud positiva frente al embarazo, parto y puerperio[6]; por tanto, participar de estas sesiones educativas podrían influir positivamente en la asistencia al control prenatal. Se le atribuyen varios beneficios materno-perinatales a la psicoprofilaxis obstétrica, como menor tiempo de la fase de dilatación, menor tiempo del periodo expulsivo y mejores puntajes de Apgar del recién nacido[7], así como también incrementa la asistencia al control prenatal, la práctica de la lactancia materna exclusiva y la asistencia al control puerperal[8].

En el Perú, durante el 2018, el 98,1% de las mujeres embarazadas recibieron algún control prenatal por personal de salud calificado y el 89,5% de las embarazadas recibieron 6 a más atenciones prenatales [9]. Por otro

## Notas de autor

1 Dirección Regional de Salud del Callao. Obstetra del Centro de Salud Mi Perú. Correspondencia: Email: marlene.basilio.roja@gmail.com. Dirección: Jr. Sao Paulo 2468, San Martin de Porres. Lima 31

Autor para correspondencia: 1

lado, la PO no está siendo adecuadamente implementado en los establecimientos de salud, encontrándose que solamente el 8,6% de los servicios de salud a nivel nacional registra tener áreas de PO [10].

A pesar del incremento de los controles prenatales y la PO, existen todavía brechas importantes, como es el caso del distrito de Mi Perú, que, habiendo un establecimiento de salud con una amplia oferta de servicios maternos y muy accesibles, todavía existe una brecha de cobertura importante. Por ello, el objetivo del estudio es determinar la frecuencia de la atención prenatal y de las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica en las gestantes que acuden al Centro de Salud Mi Perú, en el distrito de Mi Perú, ubicado en la Región Callao.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Diseño

El estudio es de tipo cuantitativo, con diseño descriptivo transversal, basado en una fuente secundaria.

### Población y muestra

La población de estudio estuvo constituida por todas las gestantes atendidas en el Centro de Salud Mi Perú durante el 2019. Según los registros, se atendió a 578 gestantes, de las cuales 278 culminaron su embarazo hasta febrero 2020. Se consideró muestra censal.

### Variables de estudio

Atención prenatal: Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre[5]. Durante el control, la mujer embarazada es examinada y se le toman varias pruebas para detectar situaciones que pueden poner en peligro su salud y el desarrollo normal del embarazo (ejemplo: presión alta, anemia, entre otras). Además, durante las visitas de control prenatal se vacuna a la madre contra el tétano neonatal. También se le aconseja cómo alimentarse durante el embarazo, los síntomas y signos de posibles complicaciones del parto y cómo cuidar y alimentar al recién nacido o nacida. Asimismo, se orienta a la madre sobre planificación familiar[9]. En el presente estudio se consideró: Gestante controlada, toda gestante que recibió como mínimo seis controles prenatales (CPN) y gestante no controlada, aquellas que tenían menos de seis CPN.

Psicoprofilaxis obstétrica: proceso educativo para la preparación integral de la mujer gestante que le permita desarrollar hábitos y comportamientos saludables, así como una actitud positiva frente al embarazo, parto y puerperio, producto de la concepción y al recién nacido, convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para ella como para su bebe y su entorno familiar [6]. La psicoprofilaxis consiste en un programa estructurado de seis sesiones educativas teórico-prácticos para lograr en la gestante conocimientos y actitudes adecuadas que permiten su participación efectiva con tranquilidad y seguridad durante la gestación, parto, postparto y lactancia, además se desarrollan sesiones de gimnasia obstétrica. Este programa se brinda a la gestante, pareja y familiar a partir de las 20 semanas de gestación en ambientes amplios, iluminados, ventilados, y adecuados a las necesidades de la actividad a realizar [6]. Las sesiones se brindan semanalmente hasta completar las seis sesiones en total, si la gestante acude en el último trimestre debe recibir un mínimo de tres sesiones.

## Técnica e instrumento de medición

La técnica empleada: Revisión de registro de atenciones (HIS) y libro de seguimiento de gestantes del servicio de obstetricia.

Instrumento: Para facilitar la recolección de datos se preparó un cuestionario constituido por los siguientes componentes: Características sociodemográficos (Edad, estado civil, grado de instrucción), maternas (Paridad, edad gestacional al inicio del control prenatal) y atención prenatal y posnatal (Número de control prenatal, número de sesiones de psicoprofilaxis y control de puerperio).

## Análisis estadístico

Mediante el programa SPSS versión 23, se determinó los estadísticos descriptivos más importantes, construyéndose tablas y/o gráficos para las variables del estudio y de comparación. Para el análisis bivariado se empleó el estadístico Chi cuadrado, considerando los valores de $p<0,05$ como significativos.

## Consideraciones éticas

En el presente estudio se cumplió con la confidencialidad de los datos personales. La identificación fueron recodificados con códigos numéricos.

## RESULTADOS

El estudio incluyó a un total de 278 puérperas, 10 fueron excluidas por presentar datos incompletos. El análisis se realizó con 268 gestantes con una edad media de 25,55 años (DE=6,29; Rango: 14 a 46). De la muestra, el 67,2% (n=180) tenían de 18 a 29 años, el 73,9% (n=198) tenían instrucción secundaria, el 84,3% (n=226) eran convivientes o casadas y el 72,8% (n=195) tenían menos de dos hijos. Respecto a los controles prenatales (CPN), el 51,5% (n=138) fueron captadas en el primer trimestre de embarazo y el 66,8% (n=179) tenía de seis a más CPN. De la muestra, el 68,7% (n=184) no cumplieron con las sesiones de psicoprofilaxis y el 40,3% (n=108) cumplieron con el control de puerperio (Tabla 1).

TABLA 1
Características de las gestantes atendidas en el Centro de Salud del distrito Mi Perú, 2019.

| Variables | n | % |
|---|---|---|
| Total | 268 | 100 |
| Edad | | |
| 12 a 17 | 17 | 6,3 |
| 18 a 29 | 180 | 67,2 |
| 30 a 49 | 71 | 26,5 |
| Instrucción | | |
| Primaria | 14 | 5,2 |
| Secundaria | 198 | 73,9 |
| Superior | 56 | 20,9 |
| Estado civil | | |
| Soltera | 42 | 15,7 |
| Conviviente/casada | 226 | 84,3 |
| N° de hijos | | |
| < 2 | 195 | 72,8 |
| ≥ 2 | 73 | 27,2 |
| Inicio de control pre natal | | |
| I Trimestre | 138 | 51,5 |
| II Trimestre | 91 | 34,0 |
| III Trimestre | 22 | 8,2 |
| Sin datos | 17 | 6,3 |
| Control prenatal | | |
| 1 a 5 | 89 | 33,2 |
| ≥ 6 | 179 | 66,8 |
| Psicoprofilaxis | | |
| 0 | 184 | 68,7 |
| 1 a 3 | 33 | 12,3 |
| 4 a 6 | 51 | 19,0 |
| Control de puerperio | | |
| 0 | 73 | 27,2 |
| 1 | 87 | 32,5 |
| 2 | 108 | 40,3 |

Con relación al CPN, la mayor proporción de gestantes controladas eran convivientes o casadas y de manera similar la mayor proporción de gestantes solteras no cumplieron con el CPN (p=0,031). Las gestantes que tenían menos de dos hijos en su mayoría cumplieron con tener al menos seis CPN (p=0,049).

Las gestantes que tuvieron seis a más CPN participaron en mayor cantidad de sesiones de psicoprofilaxis (p<0,001). La mayor cantidad de gestantes con seis a más CPN fueron captadas en el primer trimestre del embarazo (p<0,001) (**Tabla 2**).

TABLA 2
Factores asociados al control prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud del distrito Mi Perú, 2019.

| Variables | Control prenatal | | | | p-valor |
|---|---|---|---|---|---|
| | No controlada (1 a 5 CPN) | | Controlada (> 6 CPN) | | |
| | n | % | n | % | |
| Total | 89 | 100 | 179 | 100 | |
| Edad (años) | | | | | |
| 12 a 17 | 8 | 9,0 | 9 | 5,0 | 0,218 |
| 18 a 29 | 54 | 60,7 | 126 | 70,4 | |
| 30 a 49 | 27 | 30,3 | 44 | 24,6 | |
| Instrucción | | | | | |
| Primaria | 4 | 4,5 | 10 | 5,6 | 0,796 |
| Secundaria | 68 | 76,4 | 130 | 72,6 | |
| Superior | 17 | 19,1 | 39 | 21,8 | |
| Estado civil | | | | | |
| Soltera | 20 | 22,5 | 22 | 12,3 | 0,031 |
| Conviviente/casada | 69 | 77,5 | 157 | 87,7 | |
| N° de hijos | | | | | |
| 0 a 1 | 58 | 65,2 | 137 | 76,5 | 0,049 |
| ≥ 2 | 31 | 34,8 | 42 | 23,5 | |
| Psicoprofilaxis Obstétrica | | | | | |
| 0 | 76 | 85,4 | 108 | 60,3 | < 0,001 |
| 1 a 3 | 6 | 6,7 | 27 | 15,1 | |
| 4 a 6 | 7 | 7,9 | 44 | 24,6 | |
| Edad gestacional (Trimestre) | | | | | |
| I | 28 | 31,5 | 110 | 61,5 | < 0,001 |
| II | 39 | 43,8 | 52 | 29,1 | |
| III | 20 | 22,5 | 2 | 1,1 | |
| Sin datos | 2 | 2,2 | 15 | 8,4 | |
| Control de puerperio | | | | | |
| 0 | 31 | 34,8 | 42 | 23,5 | 0,122 |
| 1 | 24 | 27,0 | 63 | 35,2 | |
| 2 | 34 | 38,2 | 74 | 41,3 | |

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio demostraron que el 66,8% de las gestantes cumplieron con un mínimo de seis controles prenatales y el 51,5% fue captada en el I trimestre. Esto evidencia que aproximadamente la mitad de las gestantes acuden tardíamente al inicio del control prenatal que conllevaría a que no cumplan con la recomendación mínima de seis visitas prenatales. Datos muy similares a la reportada por Arispe C et al, quienes reportaron 66,1% con seis a más controles en un Hospital Nacional[11].

Las gestantes con estatus de convivientes o casadas cumplieron con al menos seis CPN, este hallazgo puede deberse a que el apoyo de la pareja influye positivamente en la gestante motivándola a cumplir con la asistencia

a los controles prenatales y probablemente también con el cumplimiento de otras indicaciones dadas por el profesional de salud que la atiende. Moya-Plata et al en su estudio demuestran que la participación del padre en el control prenatal se asocia a embarazos de bajo riesgo sugiriendo que el acompañamiento de la pareja en el proceso de gestación puede favorecer el adecuado curso de la misma[12].

Así también, las mujeres con menor cantidad de hijos mayor es su cumplimiento de CPN. Las mujeres con menos carga familiar podrían tener menos responsabilidades en el hogar y más tiempo para cumplir a cabalidad con sus consultas prenatales programadas, por el contrario, las multíparas tienen menos tiempo como consecuencia de la atención de los hijos menores y las labores del hogar que resultaría en la deserción del CPN. Al respecto Munares O reporta que las multíparas tiene 4,2 veces mayor probabilidad de abandonar el CPN[13]; Arispe et al. encontraron que la paridad mayor a dos hijos es un factor asociado a CPN inadecuado[11].

Además, las gestantes que tuvieron seis a más CPN participaron en mayor cantidad de sesiones de psicoprofilaxis, hallazgo consistente con el estudio de Villar-Villegas quien concluye que la asistencia al control prenatal es un factor determinante para el uso de psicoprofilaxis obstétrica[14], Yabar Peña también reporta que un alto porcentaje de las gestantes adolescentes que asistieron a psicoprofilaxis (97,37%) recibieron más de 7 controles prenatales[8]. Esta relación podría atribuirse al compromiso que asume la madre gestante en participar activamente en el cuidado de su salud ya sea porque tiene una actitud positiva frente al embarazo o como consecuencia de la sensibilización que se realiza en la atención prenatal por el profesional de salud y que se ve reforzado en las sesiones de psicoprofilaxis, donde se les informa y sensibiliza para que tengan presente lo importante de contar con su control prenatal puntual además de cumplir con todas las actividades que debe recibir como parte de su atención integral.

El cumplimiento de seis o más CPN ocurre cuando la gestante es captada en el primer trimestre del embarazo, cuanto más temprano sea el inicio del CPN más oportunidad de cumplir con el mínimo recomendado de seis CPN, aunque eso no garantiza que los controles hayan tenido la periodicidad esperada. Una característica del control prenatal es que sea de inicio temprano además de ser periódica y continua[5], para que efectivamente permita la identificación y el diagnóstico oportuno de pacientes con alto riesgo de desarrollar complicaciones durante su embarazo logrando disminuir en forma importante la morbimortalidad materna y perinatal[12][15].

Una de las limitaciones del estudio es que los datos se obtuvieron de información secundaria de los registros usados en el establecimiento de salud tales como reporte HIS y libro de seguimiento de gestantes. Otra limitación es que no se excluyó a las gestantes con factor de riesgo, pacientes que en su mayoría fueron referidas a un establecimiento de mayor complejidad resolutiva y donde continuaron sus atenciones prenatales; y para efectos del estudio sólo contamos con información registrada en los reportes del establecimiento de origen.

## CONCLUSIONES

Las gestantes con al menos 6 CPN son en mayor proporción convivientes o casadas, así como también las gestantes que tenían menos de dos hijos en su mayoría cumplieron con tener al menos seis CPN. Las gestantes que tuvieron seis a más CPN participaron en mayor cantidad de sesiones de PO y en su mayoría fueron captadas en el primer trimestre del embarazo. Aún existe un alto porcentaje de gestantes que no cumplen con al menos 6 CPN y que además no inician precozmente el CPN, disminuyendo la efectividad de la atención prenatal en su contribución a la reducción de la morbimortalidad materna; y es aún más alto el porcentaje de las gestantes que no participan de las sesiones de PO. Estos hallazgos nos obligan a reforzar las campañas de promoción de ambas estrategias por los importantes beneficios maternos y perinatales que se le atribuye.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS


1. Organización Mundial de la Salud. Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas [Internet]. 2015. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/es/
2. Guevara E. Estado actual de la mortalidad materna en el Perú. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2016;5:7-8. Disponible en: https://doi.org/10.33421/inmp.2016155
3. Organización Panamericana de la Salud. Consejo Directivo 51. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave [Internet]. Washington; 2011. 1-20 p. Disponible en: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=167:plan-de-accion-para-acelerar-la-reduccion-de-la-mortalidad-materna-y-la-morbilidad-materna-grave&Itemid=234&lang=es
4. Cáceres-Manrique F de M. El control prenatal: una reflexión urgente Prenatal care: an urgent reflection. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 60:165-70.
5. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima, Perú: MINSA; 2004. 47 p. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf
6. Ministerio de Salud. Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal [Internet]. 2011. Disponible en: www.bvs.minsa.gob.pe > local > MINSA
7. Gardeña-Torres S. Psicoprofilaxis obstétrica: su influencia durante la labor de parto en el Hospital Uldarico Rocca Fernández, EsSalud, Villa el Salvador, noviembre-diciembre 2009. Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería [Internet]. 13 de septiembre de 2011 [citado 6 de febrero de 2020];7(2). Disponible en: https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/668
8. Yábar Peña M. La Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes adolescentes: Características y beneficios integrales. Horizonte Médico (Lima). Abril de 2014;14(2):39-44.
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. INEI - Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018 - Nacional y Departamental [Internet]. 2018 [citado 21 de octubre de 2019]. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2010/endes00/index.html
10. Munares-García O. Establecimientos de salud con servicios de psicoprofilaxis obstétrica en el Perú. Revista Internacional de Salud Materno Fetal. 2017;2(1):11-5.
11. Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas JL. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia: Frequency of inadequate prenatal care and associated factors. Revista Medica Herediana. Octubre de 2011;22(4):159-60.
12. Moya-Plata D, Guiza-Salazar IJ, Mora-Merchán MA. Ingreso Temprano al Control Prenatal en una Unidad Materno Infantil. Rev Cuid [Internet]. 1 de diciembre de 2010 [citado 17 de mayo de 2020];1(1).
13. Munares-García O. Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. Revista Peruana de Epidemiología. 2013;17(2):8.
14. Villar-Villegas R. Factores asociados al uso de psicoprofilaxis obstétrica en puérperas en el Cono Sur de Lima – 2005. Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería [Internet]. 19 de agosto de 2007 [citado 6 de febrero de 2020];3(2).
15. Gonzaga-Soriano MR, Zonana-Nacach A, Anzaldo-Campos MC, Olazarán-Gutiérrez A. Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California. Salud Pública de México. Febrero de 2014;56(1):32-9. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/106/10631162005.pdf