

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Hospital Regional Taiwan 19 de Marzo, Azua
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS
EMBARAZADAS ATENDIDAS, EN EL HOSPITAL REGIONAL TAIWAN 19 DE
MARZO AZUA, 2018



Tesis de pos grado para optar por el título de Magister en:
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Sustentante:

Dra. Cornelia Poche Cordero

Asesor:

Dra. Claridania Rodríguez Berrioa

Los conceptos emitidos en la presente tesis de pos grado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante.

Distrito Nacional: 2019

CONTENIDO

Agradecimientos	
Dedicatorias	
Resumen	
Abstrat	
I. Introducción	1
I.1. Antecedentes	2
I.2. Justificación	3
II. Planteamiento del problema	5
III. Objetivos	7
III.1. General	7
IV. Marco Teórico	
IV.1. Control prenatal	8
IV.1.1. Concepto.	8
IV.1.1.1. Objetivos del control prenatal	8
IV.1.1.2. Frecuencia de las atenciones	9
IV.1.1.3. Clasificación control prenatal	9
IV.1.1.4. Contenido de las consultas prenatales	10
IV.2. Calidad de atención	10
IV.2.1. Concepto.	10
IV.2.2. Problemas en la calidad de atención Pre natal	10
IV.2.3. La calidad del servicio desde la mirada del usuario	11
IV.3. Embarazo	11
IV.3.1. Embarazo inesperado	12
IV.3.2. Diagnóstico de embarazo	14
IV.3.3. Signos y síntomas de embarazo.	15
IV.3.4. Preparación del parto	15
V. Operacionalización de las variables	18
VI. Material y Métodos	19
VI.1. Tipo de estudio	19
VI.2. Demarcación geográfica.	19

VI.3. Universo	19
VI.4. Muestra	19
VI.5. Criterios de Inclusión	20
VI.6. Criterios de exclusión	20
VI.7. Instrumento de recolección de los datos	20
VI.8 Procedimiento	20
VI.9. Tabulación	20
VI.10. Análisis.	20
VI.11. Aspectos éticos.	21
VII. Resultados	22
VIII. Discusión	29
IX. Conclusiones.	30
X. Recomendaciones	31
XI. Referencias	32
XII. Anexos	36
XII.1. Cronograma	36
XII.2. Instrumento de Recolección de Datos	37
XII.3. Costos y Recursos	40
XII.4. Evaluación	41

AGRADECIMIENTOS

A la divina trinidad, padre, hijo y espíritusanto.

Gracias señor, por haberme dado la sabiduría, la inteligencia, la dedicación y la fortaleza física, material y espiritual, para que esta meta hoy sea una realidad.

¡Por todo gracias señor!

A nuestra alta casa de estudios, Universidad Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), por darme la oportunidad de ingresar y ser parte de su seno.

A mi madre Leonor Cordero, aunque físicamente no está conmigo, pero fuiste una de las columnas principales en esta meta. ¡Gracias mamá!

A mi padre Clemente Poché. ¡Gracias por siempre papá!

A mis hermanos (as): Adriana Poché, Alberto Poché, Clemencia Poché, Mercedes Liranzo, Domingo Ant. Poché y Esperanza Medina.

A mi hermana Sarah Poché, por ayudarme sin pedirme nada a cambio, por cuidar de mi hijo Adrian durante todo este tiempo como si fuere tu hijo. Gracia Sarah por siempre.

A mi esposo Alberto Eusebio, por su dedicación y apoyo incondicional, durante este largo tiempo.

A mis hijos: Adrian Alberto Eusebio Poché y Adrianni Alondra Eusebio Poché.

A mis sobrinos (as): Jeison, Jeisy, Jeidy, Lorena, Nissy, Nahum, Harold.

A mi cuñado: José Antonio Beriguete.

A mis pastores: Nestor Nova y Bacialia Cueto, y todos los demás miembros de la iglesia Asamblea de Dios el Shadai. ¡Gracias a todos por sus oraciones!

A los profesores y colaboradores de la residencia: Dra. Katy De león (Coordinadora de la residencia), Dra. María Acosta (Jefa de enseñanza), Dr. Samuel Mejía, Dr. Bayohan Martínez, Dra. Doritza Rossó, Dra. Elizabeth Lizardo, Dra. Sandra Reyes, Dr. Luis Matos, Dra. Carmen Diaz Cedano, Dr. De la Cruz Catano, Dr. Juan Reyes, Dra. Barranco, Dr. Coronado, Dra. Magalis Piña, Dr. Roa.

A todos mis compañeros de promoción.

La sustentante.

DEDICATORIAS

Primeramente a Dios todo poderoso, por iluminar mis días, por darme la fortaleza para finalizar con éxitos esta meta.

A mis padres: por darme la vida y a la vez formarme e instruirme para ser útil a nuestra sociedad.

Al hospital regional 19 de Marzo Taiwan, por permitirme ser parte de el, formándome como médico de familia.

A nuestros profesores de la residencia del Hospital Taiwan, porque ellos forman parte de este gran triunfo.

A mi misma por mi gran esfuerzo y dedicación.

A mis asesores, por su dedicación esfuerzo y colaboración.

Dra. Cornelia Poche Cordero

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con el objetivo de determinar la calidad de la atención prenatal desde la perspectiva de las embarazadas atendidas, en el Hospital Regional Taiwan 19 de Marzo Azua, 2018. En el estudio se concluyó lo siguiente: El 41.7 por ciento de las pacientes tuvieron una edad de 20-24 años. El 62.0 por de las pacientes procedían de zonas urbanas. El 72.9 por ciento de las pacientes tuvieron un estado civil de unión libre El 35.9 por ciento de las pacientes tuvieron una educación primaria. El 41.7 por ciento de las pacientes estaban desempleadas .El 34.4 por ciento del tiempo de espera fue mediano. El 90.1 por ciento con de las pacientes tuvo una fecha programa.

Palabras clave: calidad de la atención prenatal, embarazo

ABSTRACT

A retrospective descriptive study was conducted with the objective of determining the quality of antenatal care from the perspective of the pregnant women attended, at the Regional Hospital Taiwan 19 de Marzo Azua, 2018. In the study, the following was concluded: 41.7 percent of the patients were 20-24 years old. The 62.0 percent of the patients came from urban areas. 72.9 percent of the patients had a civil union status. 35.9 percent of the patients had a primary education. 41.7 percent of the patients were unemployed. 34.4 percent of the waiting time was medium. 90.1 percent of patients had a program date.

Key words: quality of prenatal care, pregnancy

I. INTRODUCCIÓN

El sistema de salud a nivel mundial y nacional no ha sido estacionario en su organización y como muestra de ello se evidencian mejorías en los indicadores de salud, siendo uno de los pilares la calidad de atención que ha tomado mayor relevancia en las últimas décadas, debido a que si existe ausencia de calidad en los establecimientos de salud se manifiesta de múltiples formas como: prestación de servicios inefectivos e ineficientes, acceso limitado a los servicios de salud, incremento de costos y por lo tanto de oportunidades para cumplir con el tratamiento que se indica, quejas médicas, insatisfacción por parte de los usuarios y de los profesionales de la salud, afectación de la credibilidad de los servicios de salud y en casos graves, pérdidas humanas.¹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2015, unas 303 000 mujeres fallecieron por causas relacionadas con el embarazo; cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, que pueden hallarse durante la atención prenatal; un 99% corresponde a los países en desarrollo, entre los cuales se encuentra el Perú; la mortalidad materna es mayor en zonas rurales y en las comunidades más pobres, las cuales abundan en nuestro país siendo estas las más vulnerables.²

Por ello la atención prenatal está considerada como una política y estrategia para la disminución de la morbilidad materna e infantil tanto a nivel nacional como internacional, se ha mostrado un notable avance en los últimos años pero no se ha logrado alcanzar los objetivos del milenio a pesar del esfuerzo conjunto de los profesionales de la salud. Las cifras más altas provienen de los países en vías de desarrollo.

Quiere decir que no solo se trata del número de atenciones que reciba la gestante en los establecimientos de salud o de recursos humanos disponibles y capacitados, sino cuándo fueron realizadas estas durante el desarrollo de la gestación, además de los recursos materiales y de infraestructura y con qué calidad se brinde durante esta etapa tan relevante, el embarazo, para la mujer y familia.^{3,4}

I.1. Antecedentes

Sevillano Peves Paola Elvira, realizó un estudio con el objetivo de determinar la calidad de la atención prenatal desde la perspectiva de las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil “El Progreso”, 2018. Se empleó un cuestionario tipo SERVQUAL. Para la variable y sus dimensiones se realizó un análisis univariado, se estimó las frecuencias absolutas y relativas con uso del programa spss v. 23. Resultados: Las gestantes que acudieron a su atención prenatal se encontraban en su mayoría entre 18 a 24 años de edad (44.5%) y con grado de instrucción secundaria (59.6%). El estado civil que predominó fue el de conviviente (76.0%) y de ocupación ama de casa (64.4%). Se encontraban en el tercer trimestre del embarazo el 65,1%. Las cinco dimensiones: elementos tangibles, empatía, confiabilidad, capacidad de respuesta y seguridad se consideraron como buena en un 59,6%, en un 43,2%, en un 54,8%, en un 52,1% y en un 69% respectivamente. Desde la perspectiva de las gestantes la calidad de la atención prenatal global fue calificada como buena por el 54,8%, el 43,8% como regular y el 1,4% como mala. El tiempo de espera fue muy largo y largo para la mayoría de gestantes. El 91,8% de las gestantes sí acudieron en su cita programada y el 8,2% de las gestantes no acudieron en su cita programada.⁵

Vásquez K. y Hernández M. (Tarapoto, 2015) realizaron el estudio “Percepción de la calidad de atención del control prenatal por la gestante atendida como usuaria externa en el Hospital II-1 Moyobamba. Julio – Octubre 2015” que tenía por objetivo determinar la percepción de la calidad de atención del control prenatal por la gestante atendida como usuaria externa en el mencionado establecimiento de salud. Los resultados obtenidos fueron: Las gestantes en promedio se encuentran entre los 20 a 24 años de edad; la mayoría son de estado civil convivientes y de grado de instrucción secundaria completa; el tiempo de espera utilizado para recibir la atención obstétrica en el consultorio el 55.4% percibe como regular; el 93.6% percibe que le brindaron información sobre nutrición en el embarazo; el trato que recibieron durante la atención prenatal, 70.1% manifiesta que el trato recibido fue bueno; el 62.4% percibió que la privacidad en el consultorio de obstetricia fue regular; el 63.1% percibió que la limpieza del consultorio de obstetricia fue buena; el 66.9% percibió

que la limpieza en general del hospital fue mala; el servicio que brinda el laboratorio clínico es percibido como de regular; mientras el servicio que brinda farmacia es percibido como de malo.⁶

García C. (Colombia, 2017) realizó el estudio “Barreras de acceso y calidad en el control prenatal” con el objetivo de describir las barreras de acceso al control prenatal y la calidad de atención a gestantes en Meta. Obtuvo como resultados: El 66% tuvo una o dos gestaciones, el 15% ha tenido aborto y el 25% cesárea. El 74.17% tuvo cuatro o más controles. Existieron factores de riesgo asociados a menos de cuatro controles, percepción de la calidad del control con OR 22.7, inicio del CPN en segundo trimestre con OR 5.64, nivel de ingreso bajo con OR 5.12 y baja escolaridad de la madre con OR 3.62.⁷

Bello Y. (Veracruz-México, 2014) realizó el estudio “Calidad de la Atención Prenatal en la Unidad de Medicina Familiar Núm. 73 del IMSS Poza Rica, Ver” cuyo objetivo era determinar la calidad de la atención prenatal brindada por el médico familiar a la población embarazada derechohabiente el primer nivel de atención de la UMF 73 del IMSS. Sus resultados fueron que el 38% recibió información sobre los esquemas de vacunación, el 85% de la población fue orientada sobre los datos de alarma obstétrica. El 20% recibió información concerniente a la lactancia materna. El 21% recibió consejería sobre planificación familiar. El 48% de la población recibió un trato cordial por parte del personal médico. En el 54% de las pacientes se ausculto la frecuencia cardiaca fetal. En relación al trato recibido por las mujeres embarazadas, el 48% lo refirió como cordial, el 44% como indiferente y el 8% como grosero. En el 100% de la población se otorgó prescripción de ácido fólico, medición de signos vitales.⁸

I.2. Justificación

La relación del inadecuado control prenatal con una asistencia irregular de la gestante influye en los altos índices de morbi-mortalidad materno perinatal, teniendo en cuenta que los controles nos permiten la prevención de los factores de riesgo, diagnosticándolos y tratándolos oportunamente durante la gestación y el parto.

En este sentido, se busca establecer la relación entre la satisfacción y la calidad de atención. Convirtiéndose en un elemento clave para identificar los posibles factores que inciden en la deficiente calidad de atención en el control prenatal, que conllevan a bajas coberturas de gestantes controladas. Existiendo una brecha entre las gestantes controladas con las gestantes atendidas.

Más aún, este indicador nos permite calificar la calidad en la atención brindada, dado que la gestante controlada, es la que al menos acudió a 6 controles prenatales como mínimo, con sus respectivos análisis de laboratorio y cumple con la periodicidad establecida de atenciones.

Esta investigación pretende determinar la relación o nexo existente entre la deserción de gestantes y la calidad de atención. Considerando como la “calidad” a la calidez a la atención Humanizada de la gestante, ya que esta es más sensible emocionalmente, diversos factores pueden influir en la decisión de la gestante de continuar o abandonar el control prenatal, sobresaliendo los factores relacionados con los servicios y los trabajadores de salud, además de los propios y del entorno que la rodea. Una atención con calidad, fortalece a que la gestante continúe con sus controles, y termine en un parto institucional.

Los hallazgos encontrados en la investigación servirán para mejorar generar cambios en la mejora de los servicios, identificando las deficiencias en la atención de las gestantes. Se espera que en futuros estudios, derivados de esta investigación, se puedan proponer estrategias con fin de mejorar el desarrollo de un servicio con calidad.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuando hay ausencia de calidad en los establecimientos de salud se manifiesta de múltiples formas como las mencionadas en líneas anteriores. Por eso se encuentra dentro de los lineamientos del Ministerio de Salud y el modelo de Atención Integral de Salud por lo cual el estado debe garantizar que se cumpla. Todo esto permite direccionar a 20 los profesionales de la salud en el momento que brinda la atención donde debe aplicar los principios bioéticos que son: la justicia, la equidad y la no maleficencia, además que deben contar con la preparación en conocimientos y prácticas y con los recursos mínimamente básicos para lograr una atención de calidad.⁹

Todo esto basado en las normas y valores sociales, además de los establecidos en la ética profesional del proveedor. La usuaria se siente bien al recibir un saludo cordial, un trato cálido y amable, cuando son resueltas todas sus dudas e inquietudes, cuando observa disposición para la escucha activa de parte del proveedor y perciba que se respetan sus derechos así como su cultura y sus creencias.

Competencia técnica, es cuando el proveedor aplica sus conocimientos y hace uso de la tecnología para ofrecer un servicio que brinde información, diagnóstico y tratamiento adecuado para el manejo de las necesidades del usuario. Disponibilidad de equipos, insumos y medicinas, cuando se cuenta con un buen equipamiento médico y una farmacia con medicinas e insumos que son requeridos para los usuarios.

Seguimiento, según el nivel de atención en el que se encuentre un establecimiento de salud brindara la atención a la usuaria de acuerdo a su capacidad resolutoria, de no poder resolver las necesidades que requiere deberá ser referida a un establecimiento de mayor complejidad y posteriormente el proveedor realizara el seguimiento del caso. Siempre deben ser explicadas las razones por las cuales se está transfiriendo a otro servicio o establecimiento de salud a la usuaria.¹⁰

La atención prenatal en grupo proporcionada por profesionales de salud cualificados se puede ofrecer como alternativa a la atención prenatal individual según el contexto después de una investigación exhaustiva, dependiendo de las

preferencias de la mujer y si se dispone de la infraestructura y los recursos necesarios para la prestación de atención prenatal en grupo.

La OMS encuentra aun inaceptablemente alto el número de muertes maternas, cada día fallecen a nivel mundial 830 mujeres por complicaciones asociadas con el embarazo, el parto y el puerperio; se depara que para el año 2016 serán 303 000 . Si bien es cierto, en el Perú para el 2014, los casos de muertes maternas disminuyó en comparación a otros años hasta en un 43% según la OMS, la meta es acabar con todas las muertes evitables.¹¹

Se sabe que la Mortalidad Perinatal se asocia a un insuficiente control prenatal, además de las deficiencias de la calidad del mismo, al ser un conjunto de procedimientos y acciones periódicas orientadas a prevenir, diagnosticar y tratar oportunamente los determinantes que inducen a la morbilidad materna. Por todo lo expuesto anteriormente nos planteamos la siguiente interrogante: ¿Cuál es la calidad de la atención prenatal desde la perspectiva de las embarazadas atendidas, en el Hospital Regional Taiwan 19 de Marzo Azua, 2018?

III. OBJETIVOS

III.1. General

Determinar la calidad de la atención prenatal desde la perspectiva de las embarazadas atendidas, en el Hospital Regional Taiwan 19 de Marzo Azua, 2018.

III.2. Específicos

1. Determinar la calidad de la atención prenatal en relación a la dimensión elementos tangibles.
2. Identificar la calidad de la atención prenatal en relación a la dimensión empatía.
3. Establecer la calidad de la atención prenatal en relación a la dimensión confiabilidad.
4. Describir la calidad de la atención prenatal en relación a la dimensión capacidad de respuesta.
5. Determinar la calidad de la atención prenatal en relación a la dimensión seguridad.

IV. MARCO TEORICO

IV.1. Control prenatal

IV.1.1. Concepto.

Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos, periódicos cuya finalidad es prevenir, diagnosticar, tratar los factores de riesgo del embarazo y del parto. Asegurando el buen estado de salud de la madre y del feto.¹²

Flores entiende por “control prenatal al conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud”.¹²

Para Pérez, “la atención prenatal es una respuesta organizada de los servicios de salud para el acompañamiento de la mujer embarazada, se extiende desde la concepción hasta el inicio del trabajo de parto”.¹³

En efecto, los conceptos vertidos por los autores mencionados, se establece que control prenatal es una estrategia para disminuir la morbimortalidad de las mujeres. De esta manera, se plantea su importancia en el escenario local de los centro de salud, aunque a veces en contextos de desigualdad social, toda vez que no todas acceden al control prenatal ni asisten con frecuencia , no logrando terminar las actividades mínimas determinadas.¹⁴

IV.1.1.1. Objetivos del control prenatal¹⁵:

1. Evaluación integral de la gestante y al feto
2. Identificar oportunamente los de signos de alarma o enfermedades que requieran un tratamiento especializado.
3. Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
4. Preparar a la gestante física y mentalmente para el parto, incluyendo a la familia en el Plan de parto.
5. Planear el parto institucional individualizado con participación activa de la pareja, familia y comunidad.
6. Promover el apoyo de la familiar y sociedad en el cuidado prenatal.
7. Fomentar la lactancia materna.
8. Prevención del tétanos neonatal a través de la vacuna antitetánica

9. Detección oportuna del cáncer de cérvix uterino (Papanicolaou) y de la mama.
10. Promover la planificación familiar de manera responsable.
11. Impulsar la adecuada nutrición y así prevenir la anemia.¹⁴

IV.1.1.2. Frecuencia de las atenciones:

Debe iniciarse lo más temprano posible, periódica, continua e integral:

Siendo lo óptimo:

1. Una atención mensual hasta las 32 semanas
2. Una atención quincenal entre las 33 y las 36 semanas
3. Una atención semanal desde las 37 semanas hasta el parto
4. Se considera 6 controles como mínimo distribuidas de la siguiente manera:
5. Dos atenciones antes de las 22 semanas
6. La tercera entre las 22 a 24 semanas
7. La cuarta entre las 27 a 29
8. La quinta entre las 33 a 35
9. La sexta entre las 37 a 40 semanas.¹⁴

IV.1.1.3. Clasificación ¹⁵:

1. Precoz: desde el primer trimestre.
2. Periódico: según los factores de riesgo y los recursos disponibles.
3. De buena calidad
4. Integral: fomentando, la prevención, educación y recuperación de la salud.
5. Universal: con cobertura total, a todas las mujeres gestantes, con énfasis a la población más pobre y vulnerable., a través de los subsidios en salud.
6. Libre accesibilidad de la usuaria a la institución más cercana.¹⁵

La atención prenatal implica no solo el número de visitas sino las que fueran necesarias en el transcurso del embarazo y con calidad. ¹⁶

En consecuencia, el control prenatal es una oportunidad para incrementar el parto institucional en condiciones seguras, disminuyendo las complicaciones durante el embarazo y parto.

IV.1.1.4. Contenido de las consultas prenatales:

1. Definir el riesgo Obstétrico
2. Evaluar el desarrollo del embarazo
3. Solicitud de estudios auxiliares complementarios
4. Buscar y tratar las patologías.
5. Consejería para su atención odontológica y vacunación con su oportuna interconsulta.
6. Promover la participación en Psicoprofilaxis.
7. Promover la lactancia materna.

“En la primera entrevista se debe recabar información de los antecedentes personales, gineco-obstétricos y familiares. Además de un adecuado registro de la Historia Clínica del CLAP y el Carnet Perinatal.”¹⁷

Es necesario por ello que los servicios de salud estén preparados para brindar cuidados necesarios, tal como debería ser en el Centro de Salud Fortaleza.

IV.2. Calidad de atención

IV.2.1. Concepto.

Comprende la calidad objetiva y la percibida: la primera mide las características verificables de los servicios; la segunda la apreciación de los clientes o usuarios en este caso la gestantes.¹⁸

Bajo dicha perspectiva podemos distinguir dos modelos conceptuales de calidad, basados en las percepciones del cliente. El primero, sería el Modelo de la Imagen, formulado por Grönroos¹⁹, el cual indica que “la calidad experimentada es evaluada por el cliente atendiendo a dos dimensiones de la misma: una técnica o de resultado, que coincide con la prestación efectiva y una dimensión funcional de los procesos, que se identifica como la forma en que se recibe el servicio.”¹⁹

El segundo enfoque, denominado Modelo de las Deficiencias^{20, 21} “pretende analizar el vínculo que existe entre las deficiencias que los clientes perciben en la calidad basado en las diferencias entre sus expectativas y percepciones.”^{20,21}

Concluyendo que la satisfacción en los servicios sanitarios es un concepto complejo que está relacionado con una gran variedad de factores como son el estilo

de vida, las experiencias previas, las expectativas de futuro y los valores del individuo y de la sociedad.^{20, 21}

La Calidad es un atributo de la Atención en salud con un alto grado de importancia. Con características o comportamientos de un servicio prestado, capaces de satisfacer las necesidades de los usuarios. Se trata de un concepto subjetivo, que debe ser objetiva y medible por las instituciones que prestan el servicio.^{20, 21}

IV.2.2. Problemas en la calidad de atención Pre natal

Dado, que un 72.7% de las muertes maternas tuvieron controles pre natales. Sin embargo 11 análisis independientes demostraron que estos controles fueron de tipo rutinario, sin identificación de signos de alarma. Esto es especialmente importante para la detección de complicaciones, como es el caso de infección urinaria o bacteriuria que pueden llevar a un parto pre término, o para detectar la presencia de proteinuria que puede adelantar un diagnóstico de pre eclampsia.²²

IV.2.3. La calidad del servicio desde la mirada del usuario

Tener un buen nivel de calidad en los servicios de salud es un desafío, requiere en primer lugar tener todas las condiciones, sea de infraestructura, como también de recursos humanos. En nuestra realidad a diferencia de los servicios privados de salud, los establecimientos públicos tienen muchas falencias y carencias presupuestales.

Desde la perspectiva del usuario Parasuraman et al. Y Zeithmal et al.(citado en Urriago) 18 definen la calidad como un juicio global del consumidor relativo a la superioridad del servicio".¹⁸

IV.3. Embarazo

Durante el embarazo la vida de la madre y del hijo serán de suma importancia ya que una muerte materna define la Organización Mundial de la Salud como: la muerte de la mujer durante el embarazo, parto o dentro de los cuarenta y dos días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa agravada por el embarazo o relacionada con su atención, pero no por causas accidentales o incidentales, una de

las principales causas de este trágico evento es el rezago, la marginación y las acciones que realiza u omite el personal de salud.²⁴

Durante esta etapa es importante recurrir a todos las personas que rodean a la paciente para el apoyo del embarazo, ya que estas redes de apoyo le permitirán a la mujer contar siempre con alguien en caso de alguna emergencia obstétrica y así acudir de la manera más rápida a una institución para su atención y esto puede prevenir una muerte materna, para ello algunos estados de la república han desarrollado programas en los que participan mujeres u hombres que por voluntad están dispuestos a ser capacitados para apoyar, vigilar y educar a una mujer embarazada no importando si es o no un familiar y han mostrado una considerable disminución de muertes maternas gracias al acompañamiento de la embarazada por estas redes familiares y en apoyo con el gobierno estatal.²⁵

IV.3.1. Embarazo inesperado

El ejercicio de la sexualidad, deberían ser siempre actos deseados y planeados; lamentablemente no es así, prueba de ello son los embarazos no deseados, definidos como aquellos que ocurren en un momento poco favorable, inoportuno, o que se dan en una persona que no quiere reproducirse. Ante un embarazo no deseado, las mujeres y las parejas enfrentan decisiones difíciles. Las opciones que se abren son básicamente dos: intentar interrumpir el embarazo a través de un aborto inducido, con todos los riesgos y consecuencias que este procedimiento conlleva en sociedades en las que está legalmente restringido, y continuar con el embarazo no deseado.

Cualquiera de estas decisiones tiene consecuencias sobre la salud y la situación social y económica de la mujer, su pareja y su familia. Además, también influyen en las condiciones de salud y de desarrollo de las sociedades. En México, en 1997 las mujeres de 15 a 19 años declararon que su número ideal de hijos era, en promedio, de 2,7, mientras que las del grupo de 45 a 49 años respondieron que era de 4; aquellas sin escolaridad dijeron que el número ideal era de 4,3 y las que tenían educación secundaria o superior aspiraban a 2,7. Finalmente, las de origen rural

señalaron que su tamaño ideal de descendencia era de 3,8 y las de origen urbano de 3.

Las consecuencias sobre la salud de las mujeres son indirectas: las más graves se derivan del aborto inducido al que las mujeres recurren para tratar de evitar el embarazo no deseado, y que se realiza en condiciones de clandestinidad e inseguridad.

La continuación de los embarazos no deseados también tiene consecuencias sobre la salud de la madre y del hijo, ya que estos ocurren con mayor frecuencia en mujeres en ambos extremos de edad reproductiva, períodos durante los cuales los riesgos son mayores. Finalmente, los embarazos no deseados tienen consecuencias que van más allá del individuo y afectan a toda la sociedad.

Las complicaciones inmediatas más frecuentes del aborto inseguro son la perforación del útero, la hemorragia y la infección. A mediano plazo, la infertilidad es una secuela frecuente. Lamentablemente, no se cuenta con datos sistemáticos y precisos para cuantificar la morbilidad que ocurre como consecuencia del aborto inducido, excepto en los casos en los que la mujer acude a un centro hospitalario.

También es importante mencionar que la atención a las complicaciones del aborto consume importantes recursos del sector salud, la atención de estos problemas ocupa el segundo lugar en uso de recursos hospitalarios para la atención obstétrica, después del parto normal, que es el motivo más común por el que las mujeres en edad reproductiva acuden a una institución de salud. El costo de la atención a las complicaciones del aborto en distintas instituciones y circunstancias es muy variable y no se ha estimado de una manera sistemática. Para aproximarse a una cifra sería necesario considerar los costos hospitalarios directos que resultan de la atención de complicaciones graves, más las implicaciones financieras de un aborto complicado para la mujer, su familia y la comunidad.

Es evidente que las muertes por aborto son menos frecuentes cuando el uso de anticonceptivos es más alto (y, por lo tanto, es menor la proporción de embarazos no deseados), y cuando la calidad de los servicios para la atención de las complicaciones es mejor.

Tomar una decisión ante un embarazo inesperado es difícil, además aun si el embarazo es inesperado y se continua con él y la madre rechaza al feto, estudios han demostrado que el rechazo materno, el trato rudo o errático y la falta de supervisión por parte de los padres son factores que contribuyen a que los hijos participen en actividades delictivas durante la juventud. Otros problemas sociales, como la violencia doméstica y los niños de la calle, también están fuertemente asociados con la maternidad no deseada.

IV.3.2. Diagnóstico de embarazo

El diagnóstico de embarazo se puede realizar por medio de los síntomas referidos de la paciente y los signos detectados en la exploración física. Sin embargo, existen casos de difícil diagnóstico en un primer contacto por lo que se requiere de ayuda de los métodos auxiliares de diagnóstico.

Siendo posible clasificarlos en un inicio los signos y síntomas de embarazo como: de presunción, de probabilidad y signos positivos, que pueden ser referidos por la paciente o bien que nosotros podemos encontrar en una exploración física en la paciente, para que este diagnóstico de presunto embarazo sea confirmado o descartado, es necesario que la mujer se practique un sencillo examen de laboratorio que es de mucha confianza llamado prueba inmunológica de embarazo que se realiza en un laboratorio y cuyo procedimiento requiere un mínimo de dolor y un mínimo de tiempo. Se puede referir a la paciente a un hospital de segundo nivel o un laboratorio para que se realice este examen.

Una vez que el diagnóstico de presunto embarazo sea confirmado se deberá educar a la mujer brindándole información acerca de la importancia de consumir ácido fólico por lo menos los primeros tres meses, así como referirla a una institución para que se realice exámenes de gabinete como: química sanguínea, biometría hemática y un examen general de orina, todo ello para verificar que la paciente se encuentra en condiciones óptimas para el desarrollo de ese nuevo ser. Se deben cotejar los resultados del laboratorio ya que en caso de encontrar algún dato fuera de los parámetros normales se podrá indicar un tratamiento adecuado.

Lo esencial de este primer contacto con la paciente ante un diagnóstico de embarazo es hacerla consciente de todas aquellos cuidados que debe llevar a cabo en su vida diaria, también de aquellos hábitos que debe evitar como: fumar de forma activa o pasiva, consumir bebidas alcohólicas y también evitar el consumo de drogas, al menos que sean indicadas por el médico. Es fundamental saber si el embarazo fue planeado y deseado tanto por la paciente como la pareja, pues también puede considerarse un factor de riesgo para la evolución del embarazo.

IV.3.3. Signos y síntomas de embarazo.

Durante el embarazo, la madre experimenta una serie de modificaciones fisiológicas y anatómicas, provocadas y a la vez reguladas por cambios hormonales que abarcan casi sin excepción a todos los órganos y sistemas del embarazo y se clasifican en tres grupos de: de presunción, de probabilidad y positivos.

Signos de presunción: son aquellos que sugieren pero que no indican positivamente un embarazo. Generalmente son de tipo subjetivo y se conocen como trastornos simpáticos. El valor de estos síntomas es relativo, ya que las mujeres con falso embarazo también los refieren. La aparición de estos síntomas ocurre generalmente a la cuarta semana y pueden persistir hasta la vigésima semana.

Síntomas del embarazo como podemos distinguir son Náuseas y vómitos. Son aquellos que se asocian a cambios metabólicos y hormonales. Estos síntomas aparecen durante el primer trimestre del embarazo en el 50% de todos los embarazos este malestar se le denomina malestar matutino porque aparece cuando la mujer se levanta por la mañana y va desapareciendo al cabo de unas cuantas horas.

IV.3.4. Preparación del parto

Desde el siglo pasado se han realizado un sinnúmero de propuestas acerca de cómo se debe manejar la preparación del parto en la mujer sobre todo si ya ha tenido alguna experiencia previa, y en el caso de las mujeres que son primerizas se debe preguntar qué historias han escuchado acerca del trabajo de parto ya que como algunos autores mencionan, la mayoría de las experiencias e historias contadas enmarcan

casi con letras mayúsculas que “el parto es muy doloroso”, incluso que pueden mencionar que “sientes que te vas a morir”, sin embargo todo ello dependerá de cómo se prepare el umbral de dolor de una mujer previo al 72 parto, es decir estos estímulos negativos deben ser mitigados con estímulos positivos, no se debe manejar la palabra “dolor” pues esta palabra tiene un condicionamiento en la mente del ser humano que disminuye el umbral del dolor por lo cual se debe sustituir por contracción, que fisiológicamente es lo más adecuado ya que la intensidad de la contracción va aumentando en forma gradual.

Existen más ejercicios como las técnicas de respiración y relajación que ayudaran a que la mujer pueda oxigenarse de manera adecuada en el momento del parto, como soplar a 50cm de una vela encendida sin apagarla en varias repeticiones al día, o bien los ejercicios de entrenamiento para que los huesos iliacos se separen durante el parto sin producir sensación desagradable.

EL dolor del parto como reflejo condicionado, de acuerdo a Farai la asociación permanente y repetida de dos palabras: parto-dolor, dolor-parto, crean en la mujer una representación condicionada de estos dos elementos, el convencimiento de que el dolor del parto es algo normal y, lo contrario, es hasta antinatural. Como respuesta, la mujer reacciona con tensión muscular y contracción uterina, descargando una mayor presión sobre el cuello; cuando esta presión se exagera, además de reaccionar con dolor, el cuello reacciona con espasmo y por lo tanto, el útero se contrae con mayor fuerza para vencerlo; con lo que se agrega la mayor anoxia por cierre más hermético de los vasos parietales de la matriz.

Se ha conseguido, entonces, que al reflejo condicionado y al bajo umbral de percepción dolorosa se sumen el aumento de intensidad de los estímulos dolorosos. Cuando a pesar de todo esto, el cuello logra dilatarse completamente, los estímulos se descargan íntegros sobre el canal blando y el periné, los cuales, al igual que el cuello, responden con la contracción y el espasmo y se reproduce la cadena dolorosa de la dilatación.

Es muy importante preparar a la pelvis de la mujer con ejercicios físicos que permitan los movimientos de nutación y contranutación que se dan durante el trabajo de parto, entre ellos encontramos los ejercicios de Kagel que son básicamente para

ejercitar y dar tono a los músculos del suelo pélvico, según autores extranjeros, dará la pauta para que la madre sea quien dirija el parto pues será ella y el tono de la musculatura del piso pélvico en la fase de coronación y expulsión del producto de la gestación, los factores más importantes para que estas fases sean suaves y sin riesgo.

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Definición	Indicador	Escala
Calidad	Totalidad de funciones, características o comportamiento de un buen servicio prestado	Excelente Buena Regular Deficiente	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde su nacimiento hasta la fecha	<18 años 19-21 22-30 31-39 40-49	Ordinal
Procedencia	Región de origen, de donde nace o deriva una persona.	Urbano Rural	Nominal
Estado civil	Condición particular que caracteriza a un individuo en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo	Soltero Casado Divorciado Unión Libre	Nominal
Nivel educativo	Grado de educación alcanzado por las pacientes	Primaria/a Intermedia/a Secundaria /a Universitaria /a Técnico/a Analfabeto/a	Nominal
Ocupación	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo	Estudiante Empleado Profesional Técnico Domestica Desempleado/a	Nominal

VI. MATERIAL Y METODOS

VI.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con el objetivo de determinar la calidad de la atención prenatal desde la perspectiva de las embarazadas atendidas, en el Hospital Regional Taiwan 19 de Marzo Azua, 2018.

VI.2. Demarcación geográfica.

El estudio se realizó en el Hospital Regional Taiwán, Provincia de Azua de Compostela, es un hospital docente de cinco (5) niveles, ubicado en la calle Independencia número 10, en la provincia de Azua de Compostela, delimitado al norte con la Av. Ramón Matías Mella, al sur con la calle el tortuguero, al este con Av. Bartolomé Pérez y al oeste con calle marcos medina. Figura 1. (Ver mapa cartográfico y vista área).



VI.3. Universo

El universo estuvo constituido por todas las embarazadas que acudan la consulta de obstetricia para su atención Prenatal en el Hospital Regional Taiwan 19 de Marzo Azua, 2018.

VI.4. Muestra

La muestra estuvo constituida por todas las embarazadas encuestadas en el servicio de obstetricia para su atención Prenatal del Hospital Regional Taiwan 19 de Marzo Azua, 2018.

VI.5. Criterios de Inclusión

1. Todas las embarazadas que acuden a su atención prenatal en el Hospital Regional Taiwan 19 de Marzo Azua, 2018.
2. Embarazadas no hospitalizadas.
3. Embarazadas mayores de 18 años de edad.
4. Embarazadas que acepten participar voluntariamente del estudio.

VI.6. Criterios de exclusión

1. Embarazadas que laboran en el Hospital Regional Taiwan 19 de Marzo Azua, 2018.
2. Embarazadas que no acepten participar del estudio.

VI.7. Instrumento de recolección de los datos

Para la recolección de los datos se realizó una encuesta a todas las pacientes embarazadas.

VI.8. Procedimiento

La recolección de la información estará a cargo del sustentante del estudio, quien seleccionó una de las opciones de las diferentes preguntas que se encuentran en el instrumento de recolección de datos, este proceso se realizó en un periodo de 3 semanas

VI.9. Tabulación

La información fue tabulada, computarizada e ilustrada en cuadros y gráficos para mejor interpretación y análisis de la misma utilizando medidas estadísticas apropiadas, tales como porcentajes

VI.10. Análisis.

Se analizaron por medio de frecuencias simples y las variables que fueron susceptibles de comparación. Se analizaron mediante la Chi² considerándose de significación estadística $p=0.05$.

VI.11. Aspectos éticos.

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la declaración de Helsinki y las pautas del consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas (Cioms). El protocolo de estudio y los instrumentos diseñados para el mismo serán sometidos a la revisión del comité de ética de la universidad Pedro Henríquez Ureña

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as contenida en los expedientes clínicos fue protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente se pudieron identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento. Finalmente, toda información incluida en el texto de la presente tesis, Tomada en otros autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

VII. RESULTADOS

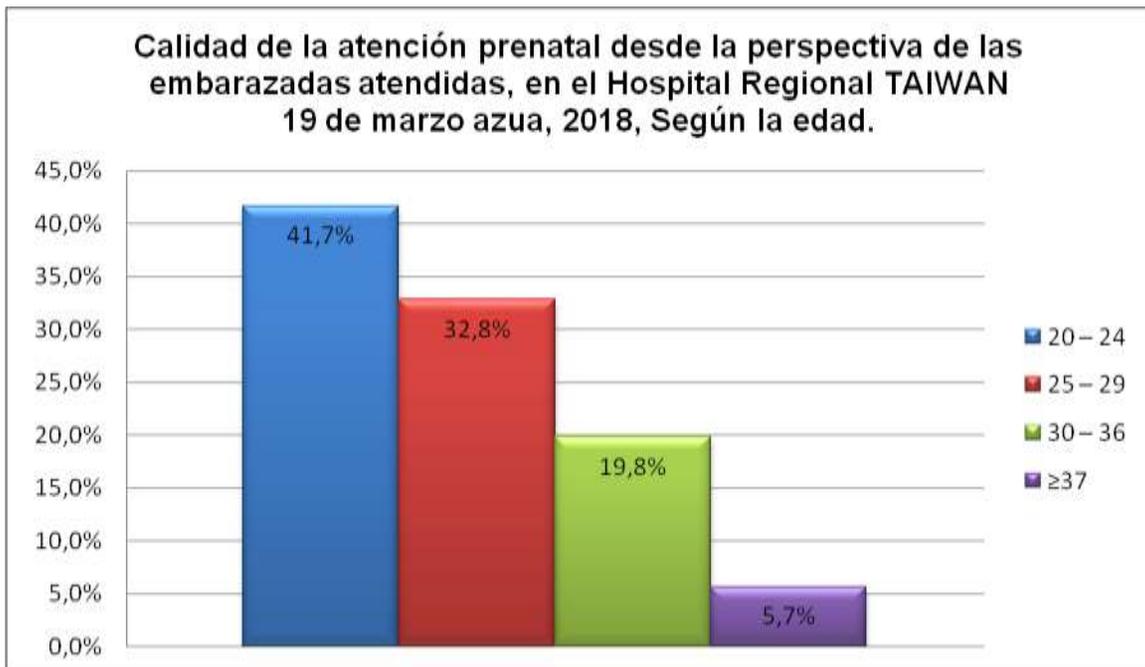
Cuadro 1. Calidad de la atención prenatal desde la perspectiva de las embarazadas atendidas, en el Hospital Regional TAIWAN 19 de marzo azua, 2018. Según la edad.

Edad	Frecuencia	%
20 – 24	80	41.7
25 – 29	63	32.8
30 – 36	38	19.8
≥37	11	5.7
Total	192	100.0

Fuente expediente clínico.

El 41.7 por ciento de las pacientes tuvieron una edad de 20-24 años. El 32.8 por ciento 25-29 años , el 19.8 por ciento 30-36 años y el otro 5.7 por ciento mayor o igual ≥37 años .

Grafico 1.



Fuente Cuadro 1.

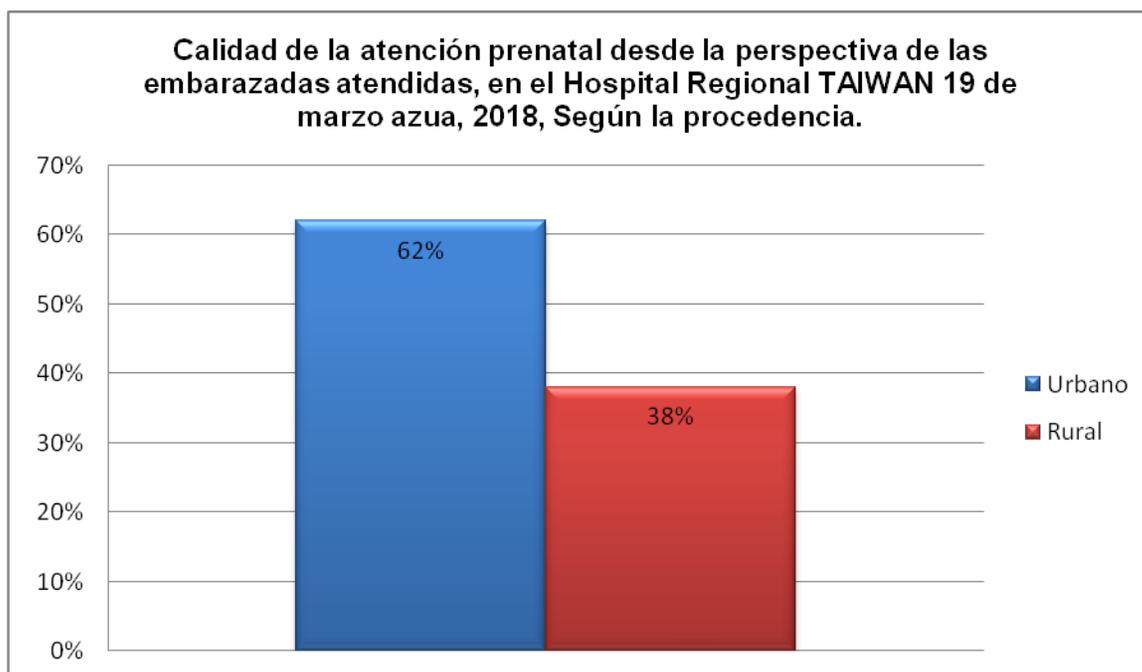
Cuadro 2. Calidad de la atención prenatal desde la perspectiva de las embarazadas atendidas, en el Hospital Regional TAIWAN 19 de marzo azua, 2018. Según la procedencia.

Procedencia	Frecuencia	%
Urbano	119	62.0
Rural	73	38.0
Total	192	100.0

Fuente expediente clínico.

El 62.0 por de las pacientes venían de zonas urbanas y el 38.0 por ciento de zonas rurales

Grafico 2.



Fuente cuadro 2.

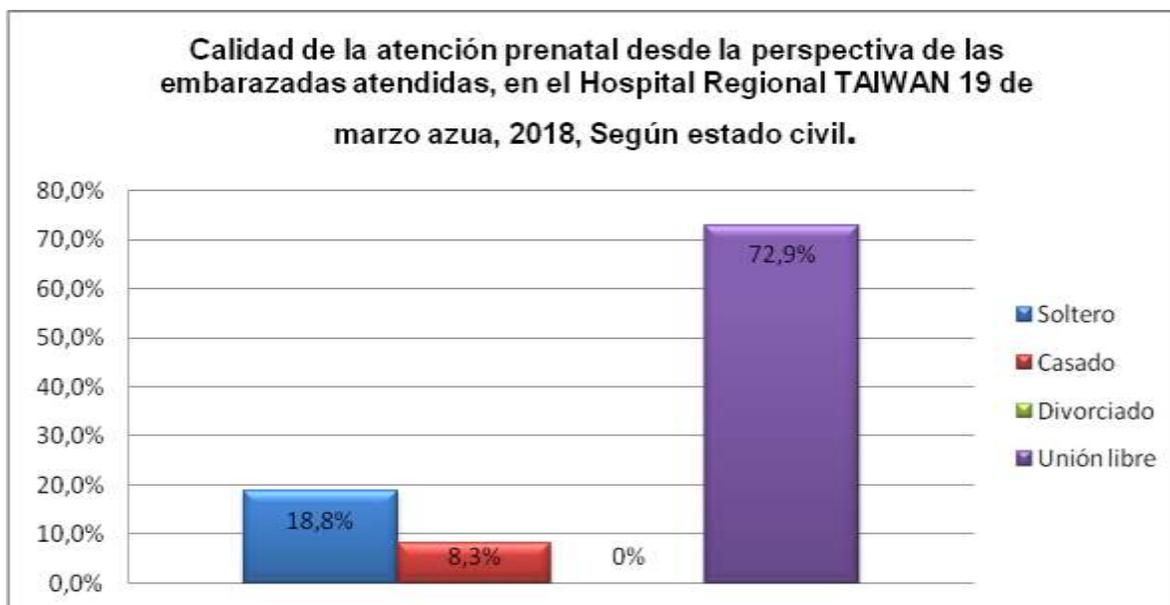
Cuadro 3. Calidad de la atención prenatal desde la perspectiva de las embarazadas atendidas, en el Hospital Regional TAIWAN 19 de marzo azua, 2018. Según estado civil.

Estado civil	Frecuencia	%
Soltero	36	18.8
Casado	16	8.3
Divorciado	0	0.0
Unión libre	140	72.9
Total	192	100.0

Fuente expediente clínico.

El 72.9 por ciento de las pacientes tuvieron un estado civil de unión libre, el 18.8 de soltera, el 8.3 por ciento de casada y el 0.0 por ciento de divorciada.

Grafico 3.



Fuente cuadro 3.

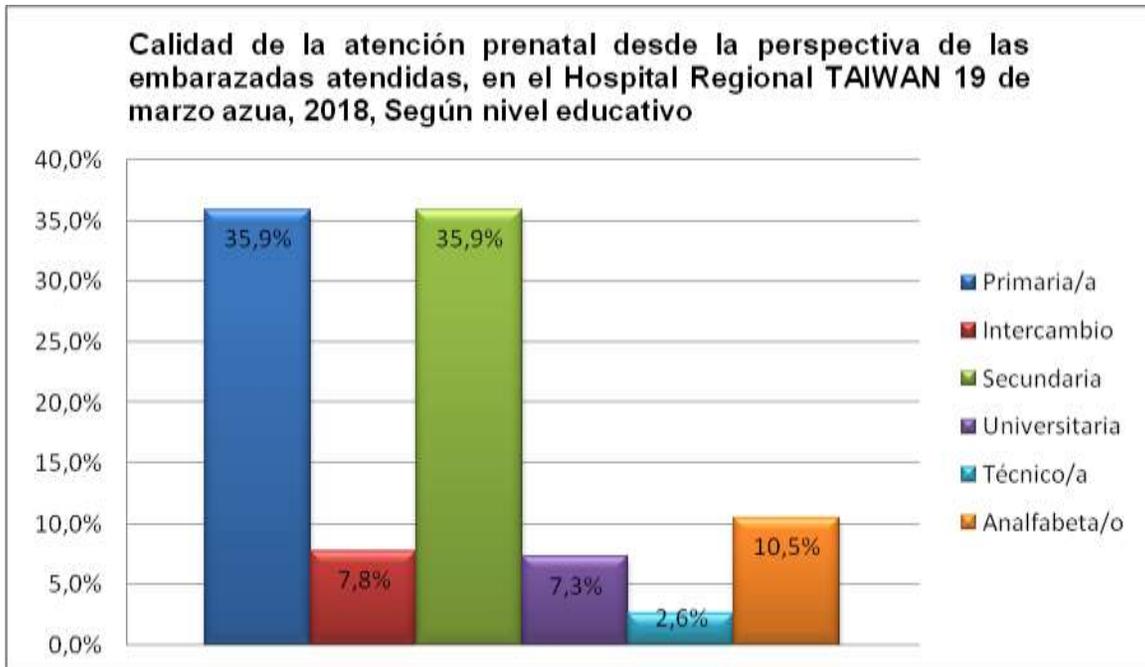
Cuadro 4. Calidad de la atención prenatal desde la perspectiva de las embarazadas atendidas, en el Hospital Regional TAIWAN 19 de marzo azua, 2018. Según nivel educativo.

Nivel educativo	Frecuencia	%
Primaria/a	69	35.9
Intercambio	15	7.8
Secundaria	69	35.9
Universitaria	14	7.3
Técnico/a	5	2.6
Analfabeta/o	20	10.5
Total	192	100.0

Fuente expediente clínico.

El 35.9 por ciento de las pacientes tuvieron una educación primaria y secundaria, el 7.8 por ciento analfabeta, el 7.8 por ciento intercambios, el 7.3 por ciento universitaria y el otro 2.6 por ciento técnica

Grafico 4



Fuente cuadro 4.

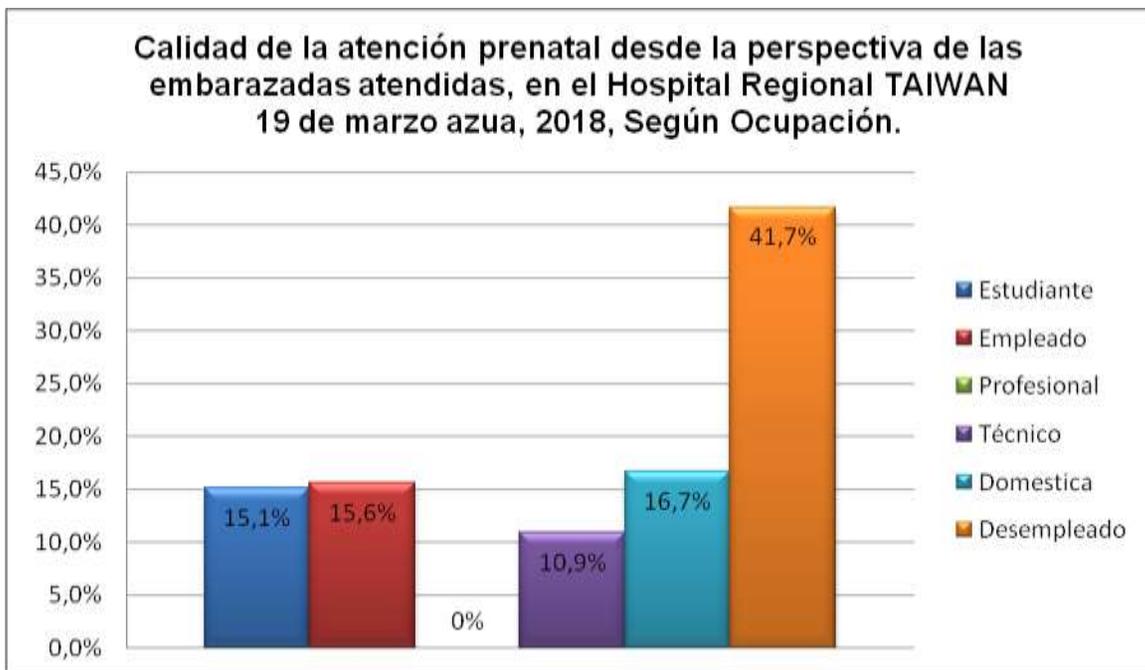
Cuadro 5. Calidad de la atención prenatal desde la perspectiva de las embarazadas atendidas, en el Hospital Regional TAIWAN 19 de marzo azua, 2018, Según Ocupación. Según ocupación

Ocupación	Frecuencia	%
Estudiante	29	15.1
Empleado	30	15.6
Profesional	0	0.0
Técnico	21	10.9
Domestica	32	16.7
Desempleado	80	41.7
Total	192	100.0

Fuente expediente clínico.

El 41.7 por ciento de las pacientes según tenían una situación de desempleada, el 16.7 por ciento domestica, el 15.6 por ciento empleada, el 15.1 por ciento estudiantes, el 10.9 por ciento técnico y el otro 0.0 por ciento profesional.

Grafico 5.



Fuente cuadro 5.

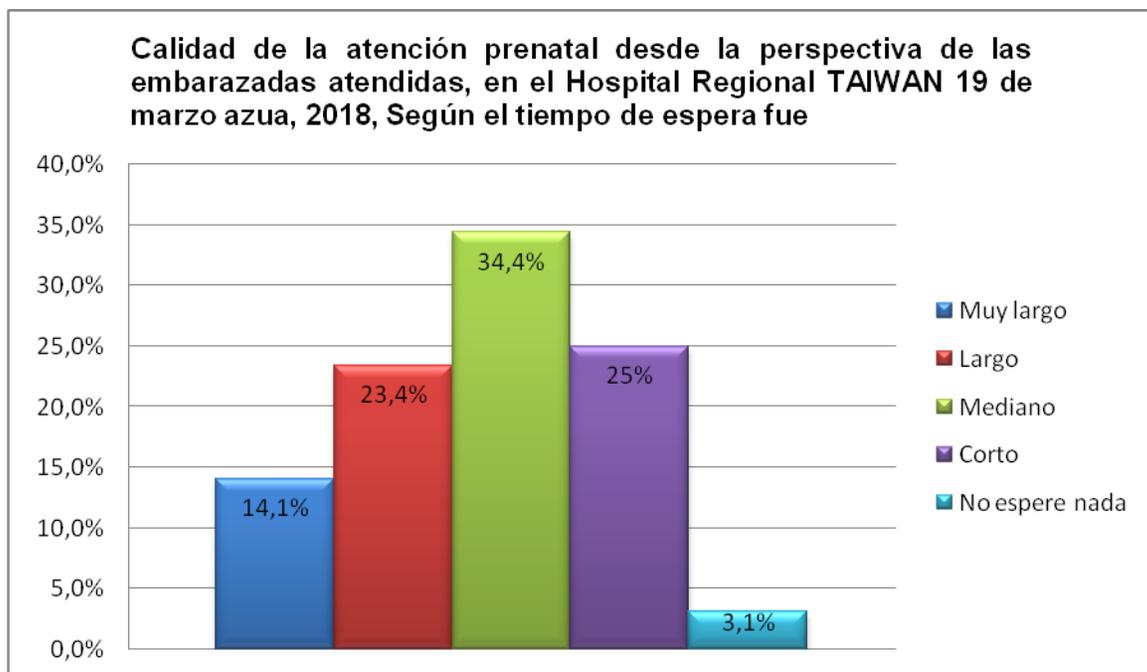
Cuadro 6. Calidad de la atención prenatal desde la perspectiva de las embarazadas atendidas, en el Hospital Regional TAIWAN 19 de marzo azua, 2018. Según tiempo de espera

El tiempo de espera fue	Frecuencia	%
Muy largo	27	14.1
Largo	45	23.4
Mediano	66	34.4
Corto	48	25.0
No espere nada	6	3.1
Total	191	100.0

Fuente expediente clínico.

El 34.4 por ciento del tiempo de espera fue mediano, el 25.0 por ciento fue muy corto, el 23.4 por ciento fue largo, el 14.1 por ciento fue muy largo y el otro 3.1 por ciento no espero nada.

Grafico 6.



Fuente cuadro 6.

Cuadro 7. Calidad de la atención prenatal desde la perspectiva de las embarazadas atendidas, en el Hospital Regional TAIWAN 19 de marzo azua, 2018. Según Control prenatal en la fecha del programa

Control prenatal en la fecha del programa	Frecuencia	%
Si	173	90.1
No	19	9.9
Total	192	100.0

Fuente expediente clínico.

El 90.1 por ciento con de las pacientes tuvo una fecha programa y el 9.9 por ciento no la tuvo

Grafico 7.



Fuente cuadro 7.

VIII. DISCUSIÓN

El 41.7 por ciento de la paciente Calidad de la atención prenatal según la edad fue de 20-24 según la Dra. Katherine Lisset castaño sierra de la universidad javeriana el 51.1 por ciento con calidad de la atención prenatal según los años fueron de 20-25.

El 62.0 por ciento con Calidad de la atención prenatal fue su urbano según la Dra. Teresa Martínez Ortiz de la universidad Veracruzana el 48.6 por ciento de la calidad de la atención prenatal según su procedencia fue urbana.

El 72.9 por ciento con Calidad de la atención prenatal según el estado civil fue de unión libres según la DR. Jaime Patricio Idrovo Uriguen de la universidad cuenca el 80.1 por ciento con calidad de la atención prenatal según el estado civil fue soltero.

El 35.9 por ciento con Calidad de la atención prenatal según su nivel educativo fue primaria y secundaria según la Dra. Katherine Lisset castaño sierra de la universidad javeriana, el 45.6 por ciento de la atención prenatal según su nivel académico fue secundario.

El 41.7 por ciento Calidad de la atención prenatal según su ocupación es desempleado el Dr. Jaime Patricio Idrovo Uriguen de la universidad cuenca el 36.5 por ciento con calidad de la atención prenatal según su ocupación son desempleados

IX. CONCLUSIONES.

1. El 41.7 por ciento de las pacientes tuvieron una edad de 20-24 años
2. El 62.0 por de las pacientes procedían de zonas urbanas.
3. El 72.9 por ciento de las pacientes tuvieron un estado civil de unión libre
4. El 35.9 por ciento de las pacientes tuvieron una educación primaria
5. El 41.7 por ciento de las pacientes estaban desempleadas
6. El 34.4 por ciento del tiempo de espera fue mediano
7. El 90.1 por ciento con de las pacientes tuvo una fecha programa.

X. RECOMENDACIONES

Después de obtener aquellos resultados pasamos a las siguientes recomendaciones:

1. Llenar las fichas familiares de las familias que pertenecen al centro de salud para captar las embarazadas antes de las (12) semanas de gestación.
2. Manejar con el ginecobstetra el control prenatal a través de brindar las informaciones de lugar con calidad y calidez a las embarazadas.
3. Tratar de que el médico familiar trabaje coordinado con el obstetra para llevar los protocolos de atención a la embarazada.
4. Realizar visitas domiciliarias a las embarazadas, para conocer el entorno que la rodea para una mejor seguimiento de la misma.

XI. REFERENCIAS

1. Ibarra Luis y Espinoza Belén. Servqual, una propuesta metodológica para evaluar la percepción de la calidad. *RelbCi*. 2014; 1 (4): 107-120.
2. Organización Mundial de la Salud [Página principal en internet]. Ginebra - Suecia: OMS; c1948 [actualizada 7 de noviembre de 2016; consultado el 5 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/antenatalcare-guidelines/es/>.
3. Alfaro Vargas, Nathalie, Campos Vargas, Grettel, Análisis del control prenatal que se brinda a las gestantes de la provincia de Heredia que tuvieron su parto en el Hospital San Vicente de Paúl. *Enfermería Actual en Costa Rica* [en línea] 2014, (AbrilSeptiembre): [Fecha de consulta: 4 de marzo de 2018] Disponible en: ISSN. 4.
4. Gloria Ángeles-Ávila, Flaviano Rojas-Carbajal y Alejandra del Carmen Maciel-Vilchis. Percepción de la embarazada sobre la atención brindada en el control prenatal. *Revista Horizontes*. 2012; 5 (1): 9-18.
5. Sevillano Peves Paola Elvira, Calidad de la atención prenatal desde la perspectiva de las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil “El Progreso”, 2018, Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia, Lima - Perú 2018.
6. Vásquez Rodríguez Karen Elizabeth y Hernández Ramírez Madeleyne. Percepción de la calidad de atención del control prenatal por la gestante atendida como usuaria externa en el Hospital II-1 Moyobamba. Julio – Octubre 2015 [Tesis]. Tarapoto-Perú: Universidad Nacional de San Martín; 2015.
7. García-Balaguera César, Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. *Rev. Fac. Med*. 2017; 65 (2): 305-10.
8. Bello Sanchez Yareni. Calidad de la Atención Prenatal en la Unidad de Medicina Familiar Núm. 73 del IMSS Poza Rica, Ver. [Tesis]. Veracruz-México: Universidad Veracruzana-Instituto Mexicano del Seguro Social Unidad de Medicina Familiar Núm. 73; 2014.

9. Grupo Impulsor para la reducción de la mortalidad materna y neonatal. Balance y desafíos sobre las acciones del gobierno para mejorar la salud materna y perinatal 2013.
10. Gronroos C. Service Quality: The six criteria of Good Service Quality. Review of Business, China 2017 9 (2): 10-13.
11. World Health Organization WHO [sede Web]. EEUU: Centro de prensa; Septiembre de 2016 [acceso 19 de enero de 2018]. Mortalidad materna. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.
12. Unicef [sede web]. Perú, Maternidad Segura, 2006 [acceso 22 de enero de 2018]. El comienzo de la vida disponible en: https://www.unicef.org/peru/_files/notas_prensa/carpetasinformativas/maternidad_segura.pdf.
13. Flores M, Ylatoma C. Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre algunos signos y síntomas de alarma del embarazo en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Morales [tesis para titulación] Tarapoto - Perú; UNSM: 2012.
14. Pérez, Juan P. Evaluación de la utilización del control prenatal en el sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, periodo 2008 – 2011. Tesis de Maestría en Epidemiología, Gestión y política en Salud, Universidad de Lanús 2012.
15. Grupo Impulsor para la reducción de la mortalidad materna y neonatal. Balance y desafíos sobre las acciones del gobierno para mejorar la salud materna y perinatal 2013.
16. Jaráiz E, Lagares N, Pereira M. Los componentes de la satisfacción de los pacientes y su utilidad para la gestión hospitalaria. Revista Española de Ciencia Política. 2013; 32: 161-181.
17. Lugarda Jiménez López y Violeta Salazar Medina. Calidad de atención según expectativas y percepciones de las gestantes durante la atención prenatal en consultorios externos de obstetricia del Hospital II ESSALUD - Tarapoto, periodo Enero -Mayo 2015. [Tesis]. Tarapoto-Perú: Universidad Nacional de San Martín; 2015.

18. Fernández Paredes Ruth y Jabo Sarmiento Susy Hilda. Calidad de atención según percepción de las gestantes atendidas en los consultorios externos de obstetricia del Hospital II-1 MINSA Moyobamba y Hospital II-1 EsSalud Moyobamba, periodo Enero – Mayo 2016. [Tesis]. Tarapoto-Perú: Universidad Nacional de San Martín; 2016.
19. Jennifer Sandra Chambe Vildoso. Percepción de la calidad de atención del control prenatal por la usuaria externa en el Centro de Salud Jorge Chávez y Centro de Salud Nuevo Milenio de Puerto Maldonado, en el año 2012. [Tesis]. Tacna-Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2013.
20. Atrash HK, Friede A, Hogue CJR. «Abdominal Pregnancy in the United States: Frequency and Mortality». *Obstet Gynecol* (March 1987) 63 (3): 333-7. PMID 3822281.
21. Jaris Mújica. Microscopio de la bioética a la biopolítica. 2009 OCLC 608380425. pp. 119/120. Consultado el 11 de diciembre de 2014.
22. KidsHealth.org (marzo de 2006). Calendario semanal del embarazo. Editado por Elana Pearl Ben-Joseph y The Nemours Foundation. Consultado el 29 de enero de 2008.
23. Juan Aller y Gustavo Pagés - Fundación Aller para Estudios de Fertilidad (enero de 2007). «Diagnóstico de Embarazo». Archivado desde el original el 23 de abril de 2007. Consultado el 29 de enero de 2008.
24. Elgueta V, Patricia (2005). «Diagnóstico del Embarazo». Universidad de Chile - Facultad de Medicina, Escuela de Obstetricia. Archivado desde el original el 22 de febrero de 2007. Consultado el 26 de enero de 2008.
25. Patil, CL; Abrams, ET; Steinmetz, AR; Young, SL («Appetite sensations and nausea and vomiting in pregnancy: an overview of the explanations». *Ecol Food Nutr* 51 (5): 2012: 394-417.
26. Tersigni C, Castellani R, de Waure C, Fattorossi A, De Spirito M, Gasbarrini A, Scambia G, Di Simone N (2014 Jul-Aug). «Celiac disease and reproductive disorders: meta-analysis of epidemiologic associations and potential pathogenic mechanisms». *Hum Reprod Update*(Metaanálisis) 20 (4): 582-93. PMID 24619876. doi:10.1093/humupd/dmu007.

27. Saccone G, Berghella V, Sarno L, Maruotti GM, Cetin I, Greco L, Khashan AS, McCarthy F, Martinelli D, Fortunato F, Martinelli P (Oct 9, 2015). «Celiac disease and obstetric complications: a systematic review and metaanalysis». *Am J Obstet Gynecol.* pii: S0002-9378 (15): 01194-1. PMID 26432464. doi:10.1016/j.ajog.2015.09.080.
28. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL «33». *Obstetrics - Normal and Problem Pregnancies* (5 edición). Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone. (2007).
29. Thomas Beatie, «Labor of Love: Is society ready for this pregnant husband?» *The Advocate*, April 8, 2008, p. 24.
30. «gravidez», *Diccionario de la lengua española* (vigésima segunda edición), Real Academia Española, 2001.
31. «grávido», *Diccionario de la lengua española* (vigésima segunda edición), Real Academia Española, 2001.
32. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement on Celiac Disease, June 28-30, 2004». *Gastroenterology* 128 (4 Suppl 1): S1-9. abril de 2005. PMID 15825115. doi:10.1053/j.gastro.2005.02.007.
33. Cleary-Goldman, J; D'Alton ME (2005). «Uncomplicated Monochorionic Diamniotic Twins and the Timing of Delivery.» *PLoS Med* (en inglés) 2 (6): e180. Consultado el 1 de junio de 2009.
34. Leffler DA, Green PH, Fasano A. «Extraintestinal manifestations of coeliac disease». *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* (Revisión) 12 (10): 561-71. (octubre de 2015).

XII. ANEXOS

XII.1. Cronograma

Variables	Tiempo: 2013-2018	
Selección del tema	2013-2018	Mayo
Búsqueda de referencias		Mayo
Elaboración del anteproyecto		Mayo
Sometimiento y aprobación del anteproyecto		Junio
Ejecución de las encuestas		Septiembre
Tabulación y análisis de la información		Septiembre
Redacción del informe		Octubre
Revisión del informe		Noviembre
Encuadernación		
Presentación		

XII.2. Instrumento de recolección de datos

CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS EMBARAZADAS ATENDIDAS, EN EL HOSPITAL REGIONAL TAIWAN 19 DE MARZO AZUA, 2018.

Fomulario No _____

1. Edad____ años
2. Procedencia : Urbano____ Rural____
3. Estado civil: Soltero____ Casado____ Divorciado____ Unión Libre____
4. Nivel educativo: Primaria/a ____ Intermedia/a____ Secundaria /a____
Universitaria /a____ Técnico/a____Analfabeto/a____
5. Ocupación: Estudiante____ Empleado____ Profesional____
Técnico____ Domestica____ Desempleado/a____

II. Cuestionario

N°	Enunciado	Completamente de acuerdo	De acuerdo	No puede decidirse	En desacuerdo	Completamiento de acuerdo
01	El servicio cuenta con instalaciones modernas y atractivas.	1	2	3	4	5
02	El personal del servicio tiene una apariencia limpia y agradable.	1	2	3	4	5
03	El servicio cuenta con todos los servicios necesarios para sentirme cómoda durante mi estancia.	1	2	3	4	5
04	El servicio cuenta con todas las instalaciones, facilidades y servicio que necesita para entenderme.	1	2	3	4	5
05	El servicio de recepción cuenta con excelente equipo y permite galizar su actividad.	1	2	3	4	5
SUBTOTAL						
06	El personal del servicio siempre está atento a mis deseos y necesidades.	1	2	3	4	5
07	El personal del servicio siempre esta con una sonrisa en el rostro; se muestra interesado por servir a los paciente.	1	2	3	4	5
08	El personal del servicio siempre esta atención muy personalizada.	1	2	3	4	5
09	El ambiente que hay en el servicio me hace sentir cómoda, como en casa.	1	2	3	4	5
10	En las áreas comunes (recepción, traje, farmacia) hay ambiente agradable.					
SUBTOTAL						
11	Si alguien en el servicio se compromete a hacer por mi, los hará.	1	2	3	4	5
12	Los distintos servicios que me prestan son presentados correctamente desde la primera vez.	1	2	3	4	5
13	Cuando necesito ayuda o algo en particular, siento que la confianza acudir al personal del servicio para se haga cargo de mi asunto.	1	2	3	4	5
14	En todo momento, y en todas las instalaciones del servicio recibo una de calidad.	1	2	3	4	5
SUBTOTAL						
15	El personal del servicio siempre está dispuesto atenderme y ayudarme.	1	2	3	4	5
16	Si se me presenta un problema o necesito ayuda, el personal del	1	2	3	4	5

	servicio me ayudara a resolverlo inmediatamente.					
17	Si solicito algo al personal del servicio, me informaran exactamente cuándo Melo proporcionara, y cumplieran con ellos.	1	2	3	4	5
18	Si requiero de algo especial que generalmente no se encuentra en el servicio, sé que me ayudaran a conseguir.	1	2	3	4	5
19	Me siento segura de dejar mis pertenencias en el consultorio de atención.	1	2	3	4	5
20	Confío en la integridad de las personas que trabajan en el servicio.	1	2	3	4	5
21	Confío en que nunca entera al servicio alguien que no este.	1	2	3	4	5
22	Me siento tranquila y segura dentro del servicio de obstetricia.	1	2	3	4	5
	SUBTOTAL					

El tiempo de espera fue:

- a. Muy bueno
- b. Largo
- c. Mediano
- d. Corto
- e. No espere nada

Acudo a su control prenatal en la fecha programada:

- a. Si
- b. no

XII.3. Costos y Recursos

VIII.3.1 Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> • Una sustentante • Dos asesores (metodológico y clínico) • Estadígrafo • Personal de archivo 			
VIII.3.2 Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	2 resmas	150.00	300.00
Papel en hilo blanco	3 resmas	500.00	1500.00
Lápices	2 unidades	5.00	10.00
Borras	2 unidades	10.00	20.00
Bolígrafos	2 unidades	10.00	20.00
Sacapuntas	1 unidad	5.00	5.00
Computador Hardware: Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM; 20 GB H.D.;CD-ROM 52x Impresora HP 932c Scanner: Microteck 3700 Software: Microsoft Windows XP Microsoft Office XP MSN internet service Omnipage Pro 10 Dragon Naturally Speaking Easy CD Creator 2.0 Presentación: Sony SVGA VPL-SC2 Digital data proyector Cartuchos HP 45 A y 78 D			
Calculadoras	2 unidades	600.00	1,200.00
	2 unidades		1200.00
VIII.3.3. Información			
Adquisición de libros Revistas Otros documentos Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
VIII.3.4. Económicos			
Papelería (copias)	1200 copias	0.35	420.00
Encuadernación	12 informes	150.00	1,800.00
Alimentación			1,200.00
Transporte			5,000.00
Imprevistos			2,000.00
Total \$14,675.00			

*Los costos totales de la investigación serán cubiertos por la investigadora.

XII.4. Evaluación

Sustentante:

Dra. Cornelia Poche

Asesora:

Dra. Claridania Rodríguez
Asesora Metodológica

Jurado:

Autoridades:

Dra. Yenny Beltré
Coordinador de Residencia de
Medicina Familiar y Comunitaria
Hospital Taiwán 19 de Marzo

Dr. Bayohan Martínez
Jefe de Enseñanza
Hospital Regional Taiwan 19 de
Marzo

Dra. Claridania Rodríguez
Coordinadora

Dr. William Duke
Decano Facultad Ciencias De la Salud
UNPHU

Fecha de presentación: _____

Calificación: _____