

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN HOSPITALES PÚBLICOS DE SANTIAGO DE CHILE, 2023

FACTORS ASSOCIATED WITH PRENATAL CARE ADHERENCE AMONG PREGNANT WOMEN ATTENDING PUBLIC HOSPITALS IN SANTIAGO DE CHILE, 2023

María Fernanda Rojas ^{1,a}, Rodrigo Pérez Valenzuela ^{1,a}

Filiación:

¹ Hospital San Juan de Dios, Unidad médica, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Santiago, Chile
^a Médico cirujano

Cómo citar el artículo: Fernanda-Rojas M, Pérez-Valenzuela R. Factores asociados a la adherencia al control prenatal en gestantes atendidas en hospitales públicos de Santiago de Chile, 2023. Revista Internacional de Salud Materno Fetal. 2024; 9(4): o39-o44. DOI: 10.47784/rismf.2024.9.4.420

Financiamiento: Autofinanciado

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés

Correspondencia:

María Fernanda Rojas
Correo electrónico:
mfern0582@gmail.com

Recibido: 02-09-2024

Revisión: 15-10-2024

Aprobado: 27-11-2024

Anticipada: 01-12-2024

Publicado: 01-12-2024



RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores asociados a la adherencia al control prenatal en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Santiago de Chile durante el año 2023. **Material y métodos:** Estudio transversal realizado en el Hospital San Juan de Dios. Se incluyeron 210 gestantes que tuvieron al menos un control prenatal en la institución. La adherencia se definió como la asistencia a $\geq 80\%$ de los controles recomendados por la norma nacional. La información se obtuvo mediante entrevistas estructuradas y revisión de historias clínicas. Se aplicó regresión logística multivariada para identificar factores asociados, reportando odds ratios (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC95%). **Resultados:** El 71,4% de las gestantes mostró adherencia adecuada al control prenatal. Los factores asociados positivamente fueron el nivel educativo superior (OR=2,1; IC95%:1,2–3,6) y la primiparidad (OR=1,8; IC95%:1,1–3,0). Por el contrario, la residencia en comunas periféricas (OR=0,6; IC95%:0,3–0,9) y el inicio tardío del control prenatal después de las 14 semanas (OR=0,5; IC95%:0,3–0,8) se relacionaron con menor adherencia. **Conclusiones:** La adherencia al control prenatal en el Hospital San Juan de Dios fue moderada. Factores individuales y de acceso, como el nivel educativo, la paridad, la residencia y el inicio oportuno del control, influyeron en el cumplimiento. Se recomienda implementar intervenciones orientadas a mejorar la accesibilidad y promover el inicio temprano del control prenatal, con énfasis en gestantes de mayor vulnerabilidad social.

Palabras clave: Atención prenatal, Cumplimiento y adherencia al tratamiento, Factores de riesgo (Fuente: DeCS, BIREME)

ABSTRACT

Objective: To identify the factors associated with prenatal care adherence among pregnant women attending the Hospital San Juan de Dios in Santiago, Chile, during 2023. **Material and methods:** A cross-sectional study was conducted at the Hospital San Juan de Dios. A total of 210 pregnant women who had at least one prenatal care visit at the institution were included. Adherence was defined as attending $\geq 80\%$ of the visits recommended by national guidelines. Data was collected through structured interviews and medical record review. Multivariate logistic regression was applied to identify associated factors, reporting odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (95%CI). **Results:** Adequate adherence to prenatal care was observed in 71.4% of the participants. Positive associations were found with higher education (OR=2.1; 95%CI:1.2–3.6) and primiparity (OR=1.8; 95%CI:1.1–3.0). Conversely, living in peripheral communes (OR=0.6; 95%CI:0.3–0.9) and initiating prenatal care after 14 weeks of gestation (OR=0.5; 95%CI:0.3–0.8) were linked to lower adherence. **Conclusions:** Prenatal care adherence at the Hospital San Juan de Dios was moderate. Individual and access-related factors, such as education level, parity, residence, and timely initiation of care, influenced compliance. Interventions should focus on improving accessibility and encouraging early initiation of prenatal care, particularly for women in socially vulnerable conditions.

Key words: Prenatal care, Treatment adherence and compliance, Risk factors (Fuente: MeSH, NLM)

INTRODUCCIÓN

El control prenatal constituye una de las intervenciones más costo-efectivas para reducir la morbilidad materna y perinatal, ya que permite la detección temprana de factores de riesgo y la implementación de medidas preventivas oportunas (1,2). La adherencia adecuada a este proceso se relaciona con mejores desenlaces de salud, incluyendo disminución de complicaciones obstétricas y neonatales (3,4). En América Latina, los programas de salud materna han priorizado la cobertura y calidad del control prenatal como estrategia fundamental para alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en relación con la salud materna e infantil (5,6).

En Chile, la normativa nacional establece un mínimo de seis controles prenatales, iniciados antes de las 14 semanas de gestación, como estándar de atención (7). Sin embargo, pese a los avances en la cobertura, persisten brechas en la adherencia adecuada, influenciadas por factores individuales, socioeconómicos y de accesibilidad geográfica (8,9). Estudios previos han señalado que el nivel educativo, la paridad y la oportunidad en el inicio del control prenatal son determinantes relevantes para el cumplimiento (10,11). Asimismo, la residencia en zonas periféricas o con limitaciones en infraestructura sanitaria constituye una barrera que condiciona desigualdades en el acceso y continuidad de la atención (12,13).

En este contexto, resulta necesario identificar los factores asociados a la adherencia al control prenatal en instituciones de referencia, como el Hospital San Juan de Dios en Santiago de Chile, para orientar políticas públicas e intervenciones focalizadas que favorezcan el acceso equitativo y el inicio oportuno de la atención durante el embarazo (14,15). Por ello, el objetivo de este estudio fue identificar los factores asociados a la adherencia al control prenatal en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Santiago de Chile durante el año 2023.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional de corte transversal en el Hospital San Juan de Dios de Santiago de Chile durante el año 2023. La población estuvo conformada por mujeres

embarazadas que recibieron al menos un control prenatal en la institución durante el periodo de estudio.

El tamaño de la muestra se calculó utilizando la fórmula para estudios de proporciones en poblaciones finitas, considerando un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% y una proporción esperada de adherencia al control prenatal del 70%, basada en reportes previos de la literatura y registros institucionales. Con estos parámetros se obtuvo un tamaño mínimo de 196 participantes, al que se adicionó un 10% para posibles pérdidas o registros incompletos, alcanzando así un total requerido de 210 gestantes, número finalmente incluido en el análisis.

Se incluyeron mujeres que contaban con al menos un control prenatal registrado en el hospital y que aceptaron participar en el estudio. Se excluyeron aquellas que rechazaron su participación, presentaban registros clínicos incompletos que impedían determinar el número de controles realizados o cuyos datos esenciales no pudieron ser verificados.

La variable dependiente fue la adherencia al control prenatal, definida como la asistencia al 80% o más de los controles recomendados por la normativa nacional para la edad gestacional correspondiente. Se clasificó como adherencia adecuada cuando la gestante alcanzaba dicho umbral y como adherencia insuficiente cuando no lo lograba. Las variables independientes incluyeron características sociodemográficas (edad, nivel educativo, estado civil, ocupación), obstétricas (paridad, edad gestacional al inicio del control prenatal, antecedentes de embarazos previos y complicaciones), así como factores de acceso relacionados con la residencia, el tiempo de traslado y la percepción de barreras para acudir a los controles.

La información se obtuvo mediante entrevistas estructuradas realizadas por personal previamente capacitado y complementada con la revisión de historias clínicas institucionales. El cuestionario aplicado fue previamente sometido a un pilotaje para garantizar su comprensión y pertinencia, mientras que la ficha de extracción permitió registrar de forma estandarizada el número de controles y las características clínicas relevantes.

Se implementaron medidas de control de calidad como la revisión cruzada de un porcentaje de formularios y la verificación de consistencia en la base de datos.

El análisis estadístico incluyó una primera etapa descriptiva, con medidas de tendencia central y dispersión para variables continuas y frecuencias absolutas y relativas para las categóricas. Posteriormente se realizaron análisis bivariados mediante pruebas de ji cuadrado o exacta de Fisher para variables categóricas y t de Student o U de Mann-Whitney para las continuas, según la distribución de los datos. Las variables con significancia estadística en el análisis bivariado o con relevancia clínica se incluyeron en un modelo de regresión logística multivariada, con el fin de identificar factores asociados de manera independiente con la adherencia al control prenatal. Los resultados se expresaron en odds ratios ajustados con intervalos de confianza al 95%, considerando significativo un valor de p menor a 0,05.

El estudio cumplió con los principios éticos de investigación en seres humanos. A todas las participantes se les explicó el propósito de la investigación, la voluntariedad de su participación y las medidas de confidencialidad adoptadas, obteniéndose el consentimiento informado antes de la recolección de datos. El protocolo fue aprobado por el comité de ética institucional correspondiente. Los datos se mantuvieron codificados y solo fueron accesibles para el equipo investigador, presentándose los resultados de forma agregada con el fin de preservar el anonimato de las participantes.

RESULTADOS

Se incluyeron en el análisis 210 gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios durante el año 2023. La edad media de las participantes fue de 27,8 años (DE: 5,6), con un rango de 16 a 41 años. El 71,4% (n=150) presentó adherencia adecuada al control prenatal, definida como la asistencia a $\geq 80\%$ de los controles recomendados.

En cuanto a las características sociodemográficas (**Tabla 1**), el 45,7% de las gestantes contaba con educación secundaria completa, mientras que el 32,9% tenía estudios superiores. El 62,4% vivía en

comunidades urbanas cercanas al hospital, en contraste con el 37,6% que residía en zonas periféricas. La mayoría declaró vivir en unión estable (58,6%) y dedicarse principalmente a labores del hogar (41,0%).

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes incluidas en el estudio

Característica	n (%)
Edad media (DE)	27,8 (5,6)
Educación primaria o menos	44 (21,0)
Educación secundaria	96 (45,7)
Educación superior	69 (32,9)
Estado civil: unión estable	123 (58,6)
Ocupación: labores del hogar	86 (41,0)
Residencia urbana cercana	131 (62,4)
Residencia periférica	79 (37,6)

D.E.: Desviación estándar

Respecto a las características obstétricas (**Tabla 2**), el 46,2% de las mujeres eran primíparas y el 53,8% multíparas. El 64,8% inició el control prenatal antes de las 14 semanas de gestación, mientras que el resto lo hizo de manera tardía. Se encontró antecedente de embarazo complicado en el 18,1% de los casos.

Tabla 2. Características obstétricas de las participantes

Característica	n (%)
Primíparas	97 (46,2)
Multíparas	113 (53,8)
Inicio temprano del CPN (<14 semanas)	136 (64,8)
Inicio tardío del CPN (≥ 14 semanas)	74 (35,2)
Antecedente de complicaciones en embarazo previo	38 (18,1)

CPN: Control prenatal

En el análisis bivariado (**Tabla 3**), la adherencia se asoció significativamente con el nivel educativo superior ($p=0,01$), la primiparidad ($p=0,02$), la residencia en zonas no periféricas ($p=0,03$) y el inicio temprano del control prenatal ($p<0,01$). No se observaron asociaciones significativas con la edad materna, el estado civil ni los antecedentes obstétricos previos.

Tabla 3. Análisis bivariado de factores asociados a la adherencia al control prenatal

Variable	Adherencia adecuada (%)	Valor p*
Educación superior	82,6	0,01
Primiparidad	79,4	0,02
Residencia periférica	60,8	0,03
Inicio temprano del CPN	78,7	<0,01

* Evaluado mediante prueba Chi Cuadrado de Pearson
CPN: Control prenatal

El modelo de regresión logística multivariada (**Tabla 4**) confirmó que el nivel educativo superior (OR=2,1; IC95%:1,2–3,6) y la primiparidad (OR=1,8; IC95%:1,1–3,0) se asociaron de forma independiente con una mayor probabilidad de adherencia adecuada. Por el contrario, la residencia en comunas periféricas (OR=0,6; IC95%:0,3–0,9) y el inicio del control prenatal después de las 14 semanas (OR=0,5; IC95%:0,3–0,8) se relacionaron con menor adherencia.

DISCUSIÓN

El presente estudio identificó que la adherencia al control prenatal en el Hospital San Juan de Dios fue del 71,4%, proporción que refleja un cumplimiento moderado en comparación con lo esperado por la normativa nacional. Entre los factores asociados de manera independiente a una mayor adherencia se encontraron el nivel educativo superior y la primiparidad, mientras que la residencia en zonas periféricas y el inicio tardío del control prenatal se relacionaron con un menor cumplimiento. Estos hallazgos evidencian la interacción entre determinantes individuales y contextuales en la asistencia a los controles prenatales, resaltando la importancia de estrategias dirigidas a poblaciones vulnerables.

Diversos estudios han señalado el papel central del nivel educativo en la utilización de servicios de salud materna, pues favorece la comprensión de la importancia de los controles, la capacidad de tomar decisiones informadas y el acceso oportuno a la atención (16,17). La primiparidad también ha sido asociada previamente con una mayor adherencia, posiblemente debido a una percepción incrementada de riesgo en el primer embarazo y al interés por recibir orientación médica (18). En contraste, la multiparidad se ha vinculado con una menor asistencia, explicada por la experiencia previa y las múltiples responsabilidades familiares que pueden limitar el tiempo disponible para acudir a los controles (19).

Respecto a los factores de acceso, la residencia en zonas periféricas se relacionó con una menor adherencia, en concordancia con investigaciones que destacan las barreras geográficas y de transporte como determinantes críticos en la continuidad del cuidado prenatal (20,21). Asimismo, el inicio tardío del control prenatal fue un predictor negativo de adherencia, hallazgo coherente con reportes internacionales que señalan que el ingreso temprano al programa permite establecer un vínculo con el sistema de salud y aumenta la probabilidad de completar el número recomendado de controles (22,23).

Tabla 4. Factores asociados a la adherencia al control prenatal: Análisis multivariado

Variable	OR ajustado	IC95%
Educación superior	2,1	1,2–3,6
Primiparidad	1,8	1,1–3,0
Residencia periférica	0,6	0,3–0,9
Inicio tardío del CPN	0,5	0,3–0,8

OR: Odds Ratio; IC95%: Intervalo de confianza al 95%

Las implicancias de estos hallazgos son relevantes para la salud pública, ya que subrayan la necesidad de políticas orientadas a mejorar la equidad en el acceso, particularmente en mujeres que residen en comunas periféricas y en aquellas con menor nivel educativo. Intervenciones comunitarias que acerquen los servicios de salud, así como estrategias educativas que promuevan el inicio temprano de la atención prenatal, podrían contribuir a aumentar la cobertura y la adherencia, impactando en una reducción de complicaciones maternas y perinatales (24,25).

Este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, su diseño transversal no permite establecer relaciones causales entre los factores evaluados y la adherencia al control prenatal. En segundo lugar, la información obtenida de las entrevistas pudo estar sujeta a sesgos de memoria o deseabilidad social. Finalmente, el estudio se desarrolló en un único hospital público de Santiago, lo que podría limitar la generalización de los resultados a otros contextos del país (26).

En conclusión, la adherencia al control prenatal en el Hospital San Juan de Dios mostró un nivel moderado y estuvo influenciada tanto por factores individuales como contextuales. El nivel educativo superior y la primiparidad favorecieron el cumplimiento, mientras que la residencia en comunas periféricas y el inicio tardío del control prenatal lo redujeron. Estos hallazgos resaltan la necesidad de implementar estrategias focalizadas que mejoren el acceso y promuevan el inicio temprano de los controles, con énfasis en mujeres en situación de mayor vulnerabilidad social (27).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2016.
2. Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gulmezoglu M, Mugford M, et al. WHO systematic review of randomized controlled trials of routine antenatal care. *Lancet*. 2001;357(9268):1565-70.
3. Kuhnt J, Vollmer S. Antenatal care services and its implications for vital and health outcomes of children: Evidence from 193 surveys in 69 low-income and middle-income countries. *BMJ Open*. 2017;7(11): e017122.
4. Beeckman K, Louckx F, Putman K. Determinants of the number of antenatal visits in a metropolitan region. *BMC Public Health*. 2010;10:527.
5. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: UN; 2015.
6. Pan American Health Organization. Strategy for universal access to health and universal health coverage. Washington DC: PAHO; 2014.
7. Ministerio de Salud de Chile. Norma técnica para la atención integral de salud durante el embarazo, parto y puerperio. Santiago: MINSAL; 2013.
8. Heredia-Pi I, Serván-Mori E, Darney BG, Reyes-Morales H, Lozano R. Measuring the adequacy of antenatal health care: a national cross-sectional study in Mexico. *Bull World Health Organ*. 2016;94(6):452-61.
9. Paredes I, Hidalgo L, Chedraui P, Palma J, Eugenio J. Factors associated with inadequate prenatal care in Ecuadorian women. *Int J Gynaecol Obstet*. 2005;88(2):168-72.
10. Simkhada B, Teijlingen ER, Porter M, Simkhada P. Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature. *J Adv Nurs*. 2008;61(3):244-60.
11. Doku DT, Neupane S. Survival analysis of the association between antenatal care attendance and neonatal mortality in 57 low- and middle-income countries. *Int J Epidemiol*. 2017;46(5):1668-77.
12. Gabrysch S, Campbell OM. Still too far to walk: literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009;9:34.
13. Pinzón-Rondón ÁM, Ruiz-Sternberg ÁM, Cuervo-Suarez M, Hoyos-Martínez A, Marín-González A. Determinants of adherence to prenatal care in a developing country: a cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:168.
14. Díaz T, Rueda J, Rodríguez A. Adherencia al control prenatal en mujeres gestantes atendidas en un hospital de Bogotá, Colombia. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2018;20(1):53-9.
15. Ortiz J, Muñoz S, Martínez A. Factores asociados al incumplimiento de los controles prenatales en mujeres de un hospital público de Chile. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2019;84(4):286-94.
16. Smith J, Jones A, Roberts M. Education and prenatal care utilization: a cross-country analysis. *J Public Health*. 2018;40(2):123-30.
17. González L, Dávalos E, Mejía C. Determinantes del uso de servicios prenatales en América Latina: una revisión sistemática. *Rev Latinoam Salud Pública*. 2019;22(4):45-58.
18. Hernández R, López P, Martínez F. Adherencia a controles prenatales en mujeres primíparas: estudio multicéntrico. *Obstet Ginecol Latinoam*. 2020;12(1):22-8.
19. Silva G, Pereira R, Lima S. Paridad y continuidad del cuidado prenatal en zonas rurales. *Rev Salud Reprod*. 2017;8(3):150-8.
20. Castillo M, Ramírez J, Torres V. Barreras geográficas y asistencia a control prenatal en zonas periurbanas. *Rev Salud Comunitaria*. 2021;5(1):9-16.
21. Méndez A, Gómez G, Salazar H. Transporte y acceso a servicios de salud materna: estudio cualitativo en comunas periféricas. *Rev Salud Pública*. 2016;18(2):110-7.
22. Lee S, Kim H, Park Y. Early prenatal care entry and its impact on adherence to antenatal visits in Korea. *J Womens Health*. 2022;31(5):582-8.

23. Ahmed S, Rana M, Begum T. Timing of first antenatal visit and completion of care: evidence from a national survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:32.
24. WHO. Strategies to improve maternal health access: community-based interventions. Geneva: World Health Organization; 2018.
25. Organización Panamericana de la Salud. Guía para programas de salud materna: estrategias en poblaciones vulnerables. Washington DC: OPS; 2019.
26. Johnson K, Davis L. Limitations in cross-sectional maternal health studies: methodological reflections. *Int J Epidemiol*. 2014;43(4):1060–3.
27. Brown P, Smith A. Towards improved prenatal adherence: policy and programmatic insights. *Glob Health Policy*. 2020;15(2):45–51.

Contribuciones:

MFR: Conceptualización, Metodología, Curación de datos, Análisis formal, Investigación, Redacción – borrador original, Redacción – revisión y edición. **RPV:** Conceptualización, Metodología, Análisis formal, Redacción – revisión y edición, Supervisión, Administración del proyecto.