



ARTÍCULO ORIGINAL

Percepción y actitud de gestantes respecto a la atención prenatal durante la pandemia de COVID-19, Chiclayo, Perú

Anapaula Marrufo-Perez^{1,a} | Suly Nataly Vigo-Chafloque^{1,a} | Heber Silva-Díaz^{1,2,b}

1. Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana. Chiclayo, Perú.
 2. Hospital Regional Lambayeque, Dirección de Investigación. Chiclayo, Perú.
- a. Médico cirujano.
b. Biólogo microbiólogo, doctor en ciencias.

Correspondencia:Anapaula Marrufo-Perez
Correo: anapaula_marrufo@usmp.pe**Resumen**

Introducción: Los controles prenatales son visitas médicas regulares que realizan las gestantes con la finalidad de vigilar su salud y la del feto. **Objetivo:** Determinar la percepción y actitud de gestantes sobre la atención prenatal durante la pandemia del Covid-19 en Chiclayo, Perú, 2021 a 2022. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, transversal-analítico y de temporalidad prospectiva en 400 gestantes de siete instituciones de salud. Los datos de la percepción y actitud se recolectaron mediante un cuestionario estructurado y validado de trece preguntas. Además, se utilizaron fichas ad hoc para la recolección de datos sociodemográficos y de gestión de salud. **Resultados:** Se estudiaron a 400 gestantes entre los 18 y 45 años. La población se caracterizó por el predominio de estado civil conviviente (66,3 %), ocupación ama de casa (61,8 %), nivel de instrucción secundario (61,0 %) y 700 a 1 500 soles de ingreso familiar (53,5 %). El 39,0 % y 36,2 % manifestaron mala actitud y percepción frente a la atención prenatal. La institución de salud, el mayor ingreso familiar y el no cumplimiento de los controles prenatales estuvieron asociados a la mayor probabilidad de mala actitud ($p < 0,050$); asimismo, la institución de salud, el estado civil soltera, el no cumplimiento de los controles prenatales y la ausencia de gestiones en salud estuvieron asociados a la mayor probabilidad de mala percepción ($p < 0,050$). **Conclusiones:** Más de tres de cada diez gestantes refirieron mala actitud y mala percepción sobre a la atención prenatal, mismas que estuvieron relacionadas a características sociodemográficas y de atención de salud.

Palabras clave: Covid-19, Embarazo, Atención prenatal, Salud materna. (Fuente: DeCS-BIREME)

Perception and attitude of pregnant women regarding prenatal care during the COVID-19 pandemic, Chiclayo, Peru

Abstract

Introduction: Prenatal check-ups are regular medical visits made by pregnant women in order to monitor their health and that of the fetus. **Objective:** Determine the perception and attitude of pregnant women about prenatal care during the Covid-19 pandemic in Chiclayo, Peru, 2021 to 2022. **Methods:** observational, cross-sectional-analytical and prospective temporal study in 400 pregnant women from seven health care institutions. Perception and attitude data were collected using a structured and validated questionnaire of thirteen questions. In addition, ad hoc forms were used to collect sociodemographic and health management data. **Results:** 400 pregnant women between 18 and 45 years old were studied. The population was characterized by the predominance of cohabiting marital status (66.3%), housewife occupation (61.8%), secondary education level (61.0%) and 700 to 1500 soles of family income (53, 5 %). 39.0% and 36.2% expressed a bad attitude and perception towards prenatal care. The health institution, the highest family income and non-compliance with prenatal check-ups were associated with the highest probability of bad attitude ($p < 0.050$); Likewise, the health institution, single marital status, non-compliance with prenatal check-ups and the absence of health procedures were associated with the greatest probability of poor perception ($p < 0.050$). **Conclusions:** More than three out of ten pregnant women reported a bad attitude and poor perception of prenatal care, which were related to sociodemographic and health care characteristics.

Key words: covid-19, pregnancy, prenatal care, maternal health. (MeSH-NLM)

INTRODUCCIÓN

La atención prenatal se define como un conjunto de procedimientos y cuidados médicos que se brinda a las mujeres durante el periodo de gestación, el cual incluye consultas con el personal de salud, exámenes clínicos, pruebas de laboratorio, orientación en salud, así como la promoción de estilos de vida saludables y prevención de complicaciones con el fin de reducir la posibilidad de escenarios que puedan aumentar la morbilidad materna y perinatal⁽¹⁻³⁾.

La Organización Mundial de Salud (OMS) orienta que, toda mujer gestante debería tener no menos de ocho controles prenatales y de esa forma poder identificar y eliminar riesgos que puedan poner en riesgo su vida además de reconocer dificultades para el acceso a los servicios de salud materna (4). Sin embargo, para el Ministerio de Salud (MINSA) de nuestro país, el número varía, siendo seis controles prenatales. Aunque se presente la mencionada discrepancia, es fundamental que cada gestante reciba una atención médica regular y oportuna para garantizar su salud y la de su bebé^(2,5).

En el año 2017, fallecieron aproximadamente 2 900 mujeres, por complicaciones durante el embarazo y parto. Además se reportó que en el año 2015, solamente el 40 % de gestantes asistieron a sus controles prenatales y, en su mayoría, ocurrió en países de bajos recursos y el 99 % de defunciones maternas acontecen en personas de bajos recursos económicos^(6,7).

Pese a lo mencionado, la pandemia covid-19 ocasionó múltiples desafíos en la prestación de servicios de salud, incluida la atención prenatal. Ante la crisis sanitaria que se vivía, se implementaron servicios en salud de contención, dejando de lado parcialmente, la atención en salud materna y prenatal, originando la ausencia de las grávidas a sus controles prenatales, ocasionando un nuevo desafío para el gobierno e influyendo en las actitudes y percepciones de las gestantes. Se tomó en cuenta buscar y orientar a la población sobre medidas de prevención frente al contagio de la gestante y su entorno más cercano, monitoreo desde su primer control prenatal hasta el parto, salud mental, y cuidados para el recién nacido.

Se ha reportado en una investigación que las barreras de calidad de atención en mujeres gestantes son: las largas distancias de su casa a su centro de salud, la multiparidad, los seguros sociales, la ocupación⁽⁸⁾, el miedo a la prueba del VIH⁽⁹⁾, el no gustarles ir solas, la falta de apoyo del entorno familiar, el mal servicio del personal de salud y la falta de interés⁽¹⁰⁾. Otras condiciones fueron, el embarazo no deseado⁽¹¹⁻¹³⁾, infraestructura, limpieza y disponibilidad de los equipos^(14,15).

En estudios realizados en América Latina el 4 % de gestantes no tuvieron ningún control prenatal, y solo el 15 % tuvieron adherencia a la atención⁽¹⁶⁾. Según el sistema de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud (MINSA), durante el año 2020, las muertes maternas aumentaron en 42 % en comparación al año anterior. En el Perú, en el 2019, se realizó un estudio transversal, utilizando la encuesta ENDES 2017, en el cual afirmaron que 4 de 10 mujeres no obtuvieron un control prenatal adecuado, asociado a la mala atención⁽¹⁷⁾.

El objetivo del presente estudio fue determinar la percepción y actitudes de las gestantes sobre la atención prenatal durante la pandemia de covid-19 en Chiclayo, Perú, 2021 a 2022.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo y diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional, transversal-analítico y de temporalidad prospectiva.

Población y muestra

La población de estudio estuvo compuesta por una cantidad desconocida de gestantes con edad entre 18 a 45 años, atendidas en todas las instituciones prestadora de servicios de salud (IPRESS), centros de salud materno infantiles de Chiclayo, a saber: Centro de Salud José Olaya, Centro de Salud Paul Harris, Centro de Salud Atusparias, Centro de Salud José Leonardo Ortiz, Centro de Salud San Antonio y el Centro de Salud Cerropón de Chiclayo, durante agosto del 2021 a agosto del 2022. Se excluyeron aquellas gestantes que no firmaron el consentimiento informado y que no tuvieron las condiciones de responder el cuestionario.

Se consideró un tamaño de muestra probabilístico de 400 gestantes, realizado en el software estadístico online Open Epi. Para este cálculo se utilizó la fórmula para estimar una proporción cuando la población es desconocida, con un intervalo de confianza al 95 %, un error aceptado de 5 % y una proporción matemática esperada de 50 %. Asimismo, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia en quienes respondieron el cuestionario.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Los datos de actitud y percepción fueron recolectados mediante la técnica de encuesta y utilizando como instrumento un cuestionario de 13 preguntas (cuatro para actitud y nueve para percepción), elaborado por las autoras, y aprobado por juicio de cuatro expertos (médico ginecólogos, obstetra y especialista en salud pública). Asimismo, se incluyó una ficha ad hoc para los datos sociodemográficos: edad, grado de instrucción, ingreso familiar, zona de residencia, ocupación, cumplimiento de los controles prenatales (CPN) y estado civil; y otra ficha para los datos gestión y educación (cuatro preguntas). Los instrumentos se aplicaron de forma presencial, sincrónica y autoadministrada a las gestantes que acudían a sus citas programadas para control prenatal en su centro de salud durante el periodo de estudio.

Análisis de datos

Para la recolección de datos se creó una base datos en el programa Microsoft Excel 2019; posteriormente se empleó el programa estadístico SPSS versión 27, en el cual, se hizo un análisis univariado, para obtener frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas, y para las variables cuantitativas después de determinar si tienen distribución normal o no normal (prueba de Kolmogorv-Smirnov) se conseguirá la media y la desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, según proceda. Para el análisis bivariado con fin de obtener asociaciones, se utilizaron las pruebas chi cuadrado, y *t de Student* de acuerdo con la naturaleza de la variable. Para los cálculos de fuerza de asociación se utilizó

regresión logística simple (razones de prevalencia crudas) y múltiple (razones de prevalencia ajustadas), a través de modelos lineales generalizados de Poisson. La colinealidad se verificó a través del factor de inflación de la varianza menores de ocho. Se consideró un significativo valor de p menor de 0,050.

Consideraciones éticas

La presente investigación fue sometida a revisión por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad de San Martín de Porres Filial Norte para la aprobación según corresponda (Oficio No. 0289- 2024, enmienda a oficio N° 548-2021). Asimismo, se solicitó y se recibió la autorización escrita de parte de las instituciones de salud involucradas para acceder a la población de estudio. El cuestionario buscaba generar seguridad y confianza a todos los participantes. Se realizó un consentimiento informado previo a su realización, donde se explicaron los objetivos y aspectos éticos, así como la integridad y confidencialidad de la información obtenida a través del anonimato. Las encuestas fueron codificadas, así como los consentimientos, evitando una identificación de la paciente y asegurando la no difusión de datos obtenidos. Se garantizó que no se adulterará la información obtenida de ninguna de los participantes y al finalizar el estudio toda la información fue eliminada.

La mayor parte de la población estudiada está comprendida por gestantes controladas (57,5 %), es decir tienen seis o más CPN. Del total de gestantes encuestas se pudo notar que el 61 % tenía una buena actitud frente a los CPN y el 63,8 % una buena percepción sobre los CPN (tabla 2).

Tabla 2. Actitud y percepción de las embarazadas frente a la atención prenatal durante la pandemia COVID-19 en Chiclayo, Perú, 2021 al 2022.

Variables	n	%
Actitud		
Mala	156	39,0
Buena	244	61,0
Percepción		
Mala	145	36,2
Buena	255	63,8

Teniendo en cuenta a la población de gestantes estudiadas se pudo conocer que del total de gestantes el 60,3 % tuvo al menos una intervención en el tema de planificación familiar previa a su gestación. Además, dentro de los CPN se observó que el 76 % tuvo al menos un seguimiento a distancia por medio de una llamada telefónica y el 67,8 % tuvo al menos una visita domiciliaria durante su gestación.

En el análisis bivariado entre percepción, actitud y características sociodemográficas se pudo conocer que la edad ($p=0,028$), las IPRESS ($p < 0,001$), estado civil ($p=0,024$), nivel de instrucción ($p=0,049$), ingresos familiares ($p=0,04$) y el cumplimiento de controles prenatales ($p < 0,001$) se asociaban significativamente a la mala actitud de las gestantes frente a sus controles prenatales.

Porotrolado, una mala percepción se asoció significativamente al estado civil ($p=0,005$) y cumplimiento de los CPN (0,017) (tabla 3).

RESULTADOS

Se estudiaron 400 gestantes quienes se caracterizaron por una media de edad de 26 años, predominio de estado civil conviviente (66,3 %), residencia urbana (94,5 %), ocupación ama de casa (61,8 %), nivel de ingreso familiar de 700 a 1500 soles (53,5 %) y un cumplimiento de controles prenatales (≥ 6 CPN) del 57,5 %. (tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de embarazadas durante la pandemia COVID-19 en Chiclayo, Perú, 2021 al 2022.

Variable sociodemográfica	n	%
Edad (años) *	26	20,0 - 32,0
IPRESS		
Cerropón	49	12,3
Paul Harris	69	17,3
San Antonio	50	12,5
El Bosque	47	11,7
José Olaya	51	12,7
José Leonardo Ortiz	70	17,5
Atusparias	64	16,0
Estado Civil		
Soltera	80	20,0
Conviviente	265	66,3
Casada	55	13,7
Zona de residencia		
Urbana	378	94,5
Rural	22	5,5
Ocupación		
Ama de casa	247	61,8
Estudia	52	13,0
Trabaja	101	25,2
Nivel de instrucción		
Sin instrucción	13	3,3
Primaria	76	19,0
Secundaria	244	61,0
Superior	67	16,7
Ingreso Familiar		
Menos de 700	143	35,7
700 - 1500	214	53,5
1500 - 3000	35	8,8
Más de 3000	8	2,0
Cumplimiento de controles prenatales		
No	170	42,5
Sí	230	57,5

(*) Mediana y rango intercuartil, IPRESS = Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Tabla 3. Características de gestión en salud de las embarazadas durante la pandemia COVID-19 en Chiclayo, Perú, 2021 al 2022.

Variables en gestión	n	%
Planificación familiar		
Al menos una vez	241	60,3
Nunca	159	39,8
Controles prenatales		
Al menos una vez	312	78,0
Nunca	88	22,0
Llamadas telefónicas		
Al menos una vez	112	28,0
Nunca	96	24,0
Sí, mensualmente	192	48,0
Visitas domiciliarias		
Al menos una vez	79	19,8
Nunca	302	75,5
Sí, mensualmente	19	4,8

En la tabla 4 se presenta el análisis bivariado entre las características sociodemográficas con la actitud y percepción; donde la IPRESS, el estado civil, el ingreso familiar, el nivel de instrucción y el cumplimiento con el número de controles estuvo relacionado a la actitud ($p < 0,050$). Mientras que, el estado civil y el cumplimiento con el número de controles estuvieron asociados a la percepción ($p < 0,050$).

En cuanto al análisis de fuerza de asociación entre las características sociodemográficas y la mala actitud se observó que, según el modelo ajustado, la IPRESS, nivel de ingreso y cumplimiento de controles prenatales se asociaron a la mayor probabilidad de presentar una mala actitud. Donde las embarazadas que se atendieron en los centros de salud Paul Harris y San Antonio presentaron 90 % (RPa= 1,90; IC 95%= 1,21- 2,98; $p = 0,005$) y 83 %, (RPa= 1,83; IC 95 % = 1,11 – 3,03; $p = 0,018$) respectivamente, de mala actitud en comparación a aquellas embarazadas que se atendieron en José Leonardo Ortiz.

Para las gestantes que tuvieron alguna vez durante su vida pregestacional una consulta en planificación familiar ($p = 0,002$) o durante su gestación una llamada telefónica ($p = 0,002$) o visita domiciliaria ($p = 0,003$) se les encontró una asociación con una mala percepción frente a los CPN durante la pandemia de covid-19; no obstante, no se hallaron asociaciones significativas frente a una mala actitud de las gestantes frente a los CPN durante la pandemia covid-19 (tabla 5).

Así mismo, gestantes con mayores ingresos (mayor de 3 000 soles) presentaron, 90 % (RPa= 1,90; IC 95 % = 5,17–7,02; $p < 0,001$) mayor probabilidad de una mala actitud frente a gestantes con ingresos familiares de 1 500 a 3 000. También, aquellas embarazadas que no cumplieron sus controles prenatales estuvieron 56 % (RPa= 1,56; IC 95%= 1,20 – 2,01; $p = 0,001$) más predispuestas a cursar con una mala actitud frente a aquellas que cumplieron sus controles correctamente (tabla 6).

El análisis de fuerza de asociación entre las características sociodemográficas y la mala percepción (tabla 7), según el modelo controlado, brindó la siguiente información: la IPRESS, el

estado civil y cumplimiento de controles prenatales se asociaron a la mayor probabilidad de presentar una mala percepción; donde las embarazadas que se atendieron en los centros de salud Paul Harris y El Bosque presentaron 6% (RPa=0,60; IC 95%= 0,39–0,92; $p = 0,018$) y 5% (RPa=0,50; IC 95%= 0,28–0,91; $p = 0,023$) respectivamente, mayor probabilidad de presentar una mala percepción en comparación a las gestantes pertenecientes al Centro de Salud José Leonardo Ortiz.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró que las gestantes presentaban una edad media de 26 años, este resultado es compatible con un estudio realizado mediante el análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), además se encontró que también las gestantes que predominaban con un mal control prenatal eran aquellas que tenían secundaria completa, provenían de la zonas urbanas ^(17,18), siendo estos datos similares a los de nuestro estudio; no obstante, también se pudo ver en otros estudios que las gestantes con mayor grado de instrucción tenían mayor número de CPN ^(19,20). Un estudio realizado en Chancay concordaba con la media de edad de nuestro estudio; sin embargo, la diferencia entre el mal control prenatal entre las gestantes que provienen de zonas rurales y urbanas es similar, no encontrándose gran diferencia ⁽¹⁶⁾.

Por otro lado, se evidenció en base a la data obtenida, que la mayoría de embarazadas alcanzaron un nivel de instrucción de secundaria completa, amas de casa y convivientes, hallándose similitud en el estudio que se realizó en Piura en el 2022 en el cual el 69 % de gestantes tuvieron secundaria, el 73,5 % viven con su pareja, y el 41 % son amas de casa ⁽²¹⁾. En este sentido, las gestantes cuentan con un nivel que permite asistir y comprender la importancia de los controles prenatales. Se pudo encontrar en el presente estudio que 57,5 % del total de gestantes estudiadas habían recibido controles prenatales de calidad (≥ 6 CPN), siendo este número similar a lo observado en diferentes estudios donde señalan en rangos generales que la mitad de la población gestante recibe CPN de calidad ⁽¹⁷⁾. Además se pudo observar que este número es mayor en comparación a otros centros de primer nivel de atención como en Colombia, donde aproximadamente solo el 50 % de mujeres tienen acceso a menos de 4 CPN ⁽²²⁾.

Dentro del estudio se pudieron analizar las actitudes y percepciones de las gestantes, las cuales fueron agrupaciones de interrogantes acerca de apego a los CPN, donde se pudo obtener que más del 50 % tuvo una buena actitud y percepción de los CPN; sin embargo, en diferentes estudios se pudo notar que las actitudes y percepciones variaban de acuerdo con el factor económico, transporte, distancia al centro de salud, fila de espera, cita tardía y el bajo nivel sobre el control prenatal ⁽¹³⁾. Dentro del análisis realizado por las autoras se observó que las gestantes que tienen una mala actitud y percepción de los CPN son aquellas que no tuvieron sesiones de planificación familiar, no asistían al centro de salud por miedo de contagio del covid-19 o por la mala infraestructura de los centros de salud.

Tabla 4. Asociación de las características sociodemográficas con la mala actitud y mala percepción en las embarazadas durante la pandemia COVID-19 en Chiclayo, Perú, 2021 al 2022 (n=400).

Variable sociodemográfica	Mala actitud/ total (%)	Valor p	Mala percepción/total (%)	Valor p
Edad (años) *	26,2/27,6	0,028	27,2/27,0	0,783
Número de controles*	1,75/1,77	0,881	1,665/1,82	0,167
IPRESS				
José Leonardo Ortiz	18/70 (25,7)		32/70 (45,7)	
Paul Harris	42/69 (60,9)		22/69 (31,9)	
San Antonio	26/50 (52,0)		24/50 (48,0)	
El Bosque	19/47 (40,4)	<0,001	11/47 (23,4)	0,071
José Olaya	17/51 (33,3)		14/51 (27,5)	
Cerropón	17/49 (34,7)		17/49 (34,7)	
Atusparias	17/64 (26,6)		25/64 (39,1)	
Estado Civil				
Casada	14/55 (25,5)		13/55 (23,6)	
Conviviente	103/265 (38,9)	0,024	92/265 (34,72)	0,005
Soltera	39/80 (48,8)		40/80 (50,0)	
Zona de residencia actual				
Rural	8/22 (36,4)		6/22 (27,3)	
Urbana	148/378 (39,2)	0,794	139/378 (36,8)	0,368
Ocupación				
Ama de casa	97/247 (39,3)		90/247 (36,4)	
Estudia	22/52 (42,3)	0,785	18/52 (34,6)	0,965
Estudia	22/52 (36,6)		37/101 (36,6)	
Nivel de instrucción				
Superior	18/67 (26,9)		3/13 (23,1)	
Primaria	28/76 (36,8)		30/76 (39,5)	
Secundaria	102/244 (41,8)	0,049	85/244 (34,8)	0,572
Sin instrucción	8/13 (61,5)		27/67 (40,3)	
Ingreso familiar				
Menos de 700	66/143 (46,2)		48/95 (33,6)	
700-1500	83/214 (38,8)		88/126 (41,1)	
1500-3000	7/35 (20,0)	0,004	7/28 (20,0)	0,069
Más de 3000	0/8 (0)		2/6 (25,0)	
Cumplimiento de controles prenatales**				
No	90/170 (52,9)		73/170 (42,9)	
Si	66/230 (28,7)	<0,001	72/230 (31,3)	0,017

IPRESS = Institución prestadora de servicios de salud, valores de p obtenidos con prueba chi cuadrado; *diferencia de medias en población con mala respecto a buena actitud o percepción, valor p de t de Student. ** seis a más controles prenatales recibidos

Tabla 5. Asociación entre las características de gestión de la salud con la mala actitud y la percepción de embarazadas durante la pandemia COVID-19 en Chiclayo, Perú, 2021 al 2022 (n=400).

Variable	Mala actitud/total (%)	Valor p	Mala percepción/total (%)	Valor p
Planificación familiar				
Al menos una vez	86/241 (35,7)	0,094	73/241 (30,3)	0,002
Nunca	70/159 (44,0)		72/159 (45,3)	
Controles prenatales				
Al menos una vez	118/ 312 (37,9)	0,362	103/312 (33,0)	0,011
Nunca	38/88 (43,1)		42/88 (47,7)	
Llamadas telefónicas				
Al menos una vez	47/112 (41,9)	0,482	43/112 (38,4)	0,002
Nunca	40/96 (41,7)		47/96 (48,9)	
Si, mensualmente	69/192 (35,9)		55/ 192 (28,7)	
Visitas domiciliarias				
Al menos una vez	31/79 (39,2)	0,256	16/79 (20,2)	0,003
Nunca	121/302 (40,0)		123/302 (40,7)	
Si, mensualmente	4/19 (21,0)		6/19 (31,6)	

Durante la pandemia de covid-19 las atenciones médicas preventivo-promocionales tuvieron que detener sus funciones, debido a que todo el esfuerzo humano y material fueron enfocados hacia la lucha contra la pandemia ⁽²³⁾. Por tal motivo el Ministerio de Salud de Perú presentó un plan de trabajo mediante la Resolución Ministerial N° 217-2020/MINSA-Directiva Sanitaria ⁽²⁴⁾ para garantizar la salud de las gestantes y la continuidad de la atención en planificación familiar ante la infección por covid-19, refiere, haber realizado monitoreo a través del contacto telefónico y visitas domiciliarias.

En el presente estudio se analizaron las variables en mención, en el que el 48 % de las gestantes recibieron llamadas telefónicas por parte de algún personal de salud para ser telemonitoreadas de forma correcta; no obstante, en un estudio realizado en Tumbes durante el 2023 se pudo observar que el 82 % de las gestantes que acudían a sus CPN nunca recibieron una llamada telefónica, afectando esto a su correcto desarrollo ⁽²⁵⁾. Además, se conoció que el 75 % de gestantes no recibieron visitas domiciliarias, siendo estas de suma importancia durante los CPN. Se puede concluir que, se cumplió con la norma técnica mencionada para garantizar la salud de las gestantes y la continuidad de la atención en planificación familiar ante la infección por covid-19.

En un estudio realizado en Colombia en el 2017 se pudo observar que el nivel educativo se asociaba a tener controles prenatales de calidad; sin embargo, no exploraba la actitud y percepción de las gestantes frente a estos. En el presente

estudio se puede explorar estos conceptos y al contrario de lo señalado en el estudio colombiano donde mencionan que el tener mayor nivel instructivo se asociaba a controles prenatales de calidad ⁽²⁶⁾, se encontró la mayor parte de mala actitud y percepción en aquellas gestantes con secundaria completa.

Acorde con los resultados del presente estudio, se pudo obtener que el haber tenido al menos una sesión de planificación familiar, controles prenatales, monitoreo por llamadas telefónicas y visitas domiciliarias presentaban una asociación significativa con una mala percepción acerca de los controles prenatales; esto puede deberse a diversos motivos. En muchas ocasiones el estar pendiente de una gestante puede traer consigo desgaste de la relación médico paciente ya que se puede entender como una invasión al ámbito personal o, del mismo modo, la comunicación por vía telefónica no es la adecuada, gastando así esta relación; sin embargo en otros estudios señalan que la mala percepción para unos adecuados controles prenatales radican en las limitaciones económicas, problemas para poder transportarse y la falta de conocimiento frente a los CPN ⁽¹³⁾.

Por otro lado, estas variables no tuvieron una asociación significativa frente a una mala actitud frente a los controles prenatales. En conclusión, una variedad de factores afecta la percepción de las mujeres sobre los controles prenatales, incluida la calidad de la atención prenatal. Para promover experiencias positivas durante el embarazo y contribuir al bienestar materno y fetal, es fundamental abordar estas preocupaciones y mejorar la calidad de la atención.

Tabla 6. Fuerza de asociación entre las características sociodemográficas y gestión en salud con la mala actitud en embarazadas durante la pandemia COVID-19 en Chiclayo, Perú, 2021 al 2022 (n=400).

Variables	Regresión simple		Regresión múltiple	
	RPc (IC95%)	Valor P	RPa (IC 95%)	Valor p
IPRESS				
Jose Leonardo Ortiz	1	Ref	1	Ref
Paul Harris	2,37 (1,52-3,68)	<0,001	1,90 (1,21-2,98)	0,005
San Antonio	2,02 (1,25-3,27)	0,004	1,83 (1,11-3,03)	0,018
El Bosque	1,57 (0,93-2,67)	0,094	1,46 (0,87-2,43)	0,151
Jose Olaya	1,30 (0,74-2,26)	0,361	1,39 (0,81-2,41)	0,233
Cerropón	1,35 (0,78-2,35)	0,289	1,11 (0,64-1,93)	0,700
Atusparias	1,03 (0,59-1,83)	0,911	0,93 (0,51-1,66)	0,809
Estado civil				
Casada	1	Ref	1	Ref
Conviviente	1,53 (0,95-2,46)	0,082	1,18 (0,74-1,89)	0,488
Soltera	1,92 (1,16-3,18)	0,012	1,50 (0,90-2,47)	0,115
Ingreso familiar				
1500 a 3000	1	Ref	1	Ref
700 a 1500	1,94 (0,98-3,84)	0,058	1,80 (0,94-3,46)	0,079
Menos de 700	2,31 (1,16-4,59)	0,017	1,93 (0,98-3,80)	0,055
Más de 3000	1,51 (3,96- 5,80)	<0,001	1,90 (5,17-7,02)	<0,001
Cumplimiento de controles prenatales				
Si	1	Ref	1	Ref
No	1,84 (1,43-2,37)	<0,001	1,56 (1,20-2,01)	0,001
Planificación Familiar				
Al menos una vez	1	Ref	1	Ref
Nunca	1,23 (0,97-1,57)	0,092	1,11 (0,87-1,43)	0,384
Controles Prenatales				
Al menos una vez	1	Ref	1	Ref
Nunca	1,14 (0,86-1,51)	0,352	1,05 (0,78-0,41)	0,734
Llamadas telefónicas				
Si, mensualmente	1	Ref	1	Ref
Al menos una vez	1,17 (0,87-1,56)	0,292	1,03 (0,78-1,38)	0,802
Nunca	1,16 (0,85-1,57)	0,339	0,99 (0,71-1,39)	0,984
Visitas domiciliarias				
Si, mensualmente	1	Ref		
Al menos una vez	1,86 (0,75-4,65)	0,182		
Nunca	1,90 (0,79-4,60)	0,153		

RPc: Razones de prevalencia crudas RPa: Razones de prevalencia ajustadas, IC95 %= Intervalo de confianza el 95 %. Valor de p calculado de regresión logística por Modelos Lineales Generalizados (MGL) de la familia de Poisson con varianzas robustas. Factor de inflación de la varianza (VIF)=2,19.

Tabla 7. Fuerza de asociación entre las características sociodemográficas y gestión en salud con mala percepción en embarazadas durante la pandemia COVID-19 en Chiclayo, Perú, 2021 al 2022 (n=400).

Variables	Regresión simple		Regresión múltiple	
	RPC (IC95%)	Valor P	Rpa (IC 95%)	Valor p
IPRESS				
Jose Leonardo Ortiz	1	Ref	1	Ref
Paul Harris	0,70 (0,45-1,07)	0,100	0,60 (0,39-0,92)	0,018
San Antonio	1,05 (0,71-1,54)	0,804	0,87 (0,57-1,30)	0,494
El Bosque	0,51 (0,28-0,91)	0,023	0,50 (0,28-0,91)	0,023
José Olaya	0,60 (0,36-1,00)	0,052	0,61 (0,37-1,01)	0,055
Cerropon	0,76 (0,48-1,02)	0,242	0,68 (0,42-1,10)	0,119
Atusparias	0,85 (0,57-1,27)	0,440	0,77 (0,52-1,16)	0,215
Estado civil				
Casada	1	Ref	1	Ref
Conviviente	1,47 (0,89-2,43)	0,135	1,35 (0,81-2,24)	0,252
Soltera	2,12 (1,25-3,57)	0,005	1,98 (1,17-3,36)	0,011
Ingreso familiar				
1500 a 3000	1	Ref	1	Ref
700 a 1500	2,06 (1,04-4,07)	0,038	1,87 (0,95-3,68)	0,071
Menos de 700	1,68 (0,83-3,39)	0,149	1,40 (0,69-2,85)	0,350
Más de 3000	1,25 (0,32-4,93)	0,750	1,45 (0,36-5,84)	0,602
Cumplimiento de controles prenatales				
Si	1	Ref	1	Ref
No	1,37 (1,06-1,77)	0,017	1,42 (1,09-1,85)	0,009
Planificación Familiar				
Al menos una vez	1	Ref	1	Ref
Nunca	1,49 (1,16-1,93)	0,002	1,40 (1,06-1,86)	0,020
Controles Prenatales				
Al menos una vez	1	Ref	1	Ref
Nunca	1,46 (1,10-1,89)	0,007	1,09 (0,80-1,48)	0,569
Llamadas telefónicas				
Si, mensualmente	1	Ref	1	Ref
Al menos una vez	1,34 (0,97-1,85)	0,077	1,26 (0,91-1,75)	0,160
Nunca	1,71 (1,26-2,31)	0,001	1,40 (1,00-1,95)	0,047
Visitas domiciliarias				
Si, mensualmente	1	Ref		
Al menos una vez	0,64 (0,29-1,42)	0,273		
Nunca	1,29 (0,66-2,54)	0,461		

RPC: Razones de prevalencia crudas. RPa: Razones de prevalencia ajustadas, IC95%= Intervalo de confianza el 95%. Valor de p calculado de regresión logística por modelos lineales generalizados (MGL) de la familia de Poisson con varianzas robustas. Factor de inflación de la varianza (VIF)=2,19

En el presente análisis ajustado para todas las variables del presente estudio se vio la fuerza de asociación entre las características sociodemográficas y la percepción más actitud de las gestantes frente a los CPN, se pudo observar que las gestantes que provenían de los centros de salud de Paul Harris y San Antonio tenían 90 y 83 % respectivamente de probabilidades de tener una mala actitud frente a los CPN. Esto puede deberse a que la población asignada a los establecimientos mencionados son de bajos recursos, teniendo un grado de instrucción menor al promedio; no obstante, frente a las malas percepciones para un CPN se pudo obtener que el Centro de Salud Paul Harris y El Bosque tenían una probabilidad de más de 6 y 5 % de tener mayor probabilidad de presentar una mala percepción. En ambos grupos se pudo observar que el Centro de Salud de Paul Harris es el que alberga a las gestantes con mayor recelo para atenderse para la realización de sus CPN. El ser soltera va a incrementar el riesgo de las gestantes de tener una mala actitud y percepción para los CPN, esto puede deberse a la falta de apoyo que sienten al momento de acudir a sus citas. Del mismo modo, tener un bajo nivel de instrucción lleva a que las gestantes presentes una mala actitud y percepción frente a los CPN, siendo esto compatible en múltiples estudios ⁽²⁷⁾.

Es fundamental reconocer las diversas limitaciones que se presentaron en nuestro estudio, y que inciden en la interpretación de los resultados. En primer lugar, debido al tipo de estudio que carece de la capacidad para establecer la temporalidad o causalidad del desenlace de la variable de interés, debido a que, por tener respuestas de un grupo en concreto en un tiempo específico, solo se pueden determinar prevalencias. Además, la selección de los participantes por conveniencia impide extrapolar los hallazgos a otras poblaciones, puesto que omite una de las características principales de la extrapolación que viene a ser la aleatoriedad. Otro punto para tener en cuenta es el sesgo de respuesta que surge del hecho que la encuesta de alternativas múltiples fue realizada en un entorno clínico, y las gestantes pueden llegar a tener temor de responder y que por su respuesta sean tratadas de manera diferente. Cabe mencionar que la confiabilidad de nuestro instrumento está pendiente de evaluación. Por último, una limitación grande en varios de los establecimientos de salud fue que no se contaba con un control adecuado de las gestantes que acudían a sus controles prenatales, por lo que la recopilación de la información fue más trabajosa.

Los hallazgos de esta investigación destacan por una serie de fortalezas que contribuyen al campo de estudio de la salud materno-infantil. Para comenzar, debido a ser un estudio realizado en distintos estratos socioeconómicos, se logró conocer una amplia gama de perspectivas y opiniones de las gestantes, ya que existe un contraste frente a las percepciones de acuerdo con las necesidades según su contexto específico. Sumado a ello, considerando la naturaleza del estudio, este posibilita una recolección eficiente de percepciones y actitudes en un determinado momento, proporcionando información de la situación actual. Asimismo, es de suma importancia tener conocimiento acerca de las barreras que presentan

las gestantes al momento de apersonarse a un centro de salud para realizar sus controles prenatales, ya que estos son fundamentales para el desarrollo de una gestación adecuada. Estos resultados pueden llevar a una contribución significativa en el cambio de los programas que protegen y ven el desarrollo de la gestación en los distintos puntos de nuestro país. Para concluir, el riguroso control de las variables confusoras en el modelo de regresión ajustado, permite evidenciar la magnitud correcta y verdadera de las diferentes variables que van a afectar a nuestro desenlace. Esta metodología fortalece la solidez y fiabilidad de los hallazgos del estudio.

Se concluye que, más de tres de cada diez gestantes presentaron mala actitud y percepción referente a la atención prenatal. Asimismo, la IPRESS, el nivel de ingresos, el estado civil, el cumplimiento de controles prenatales y la gestión de salud, estuvieron asociadas a la mayor probabilidad de mala actitud y percepción de las gestantes hacia la atención prenatal durante la pandemia de COVID-19.

Conflicto de intereses: No se tiene conflicto de interés por parte de los autores.

Financiamiento: Autofinanciamiento.

Contribuciones de autoría: AMP y SNVC participaron en la conceptualización del estudio, recolección de datos, adquisición de fondos, interpretación de resultados, redacción del manuscrito y aprobación de la versión final. HSD participó en la curación y análisis de datos, interpretación de resultados, supervisión, revisión crítica del manuscrito y aprobación de la versión final.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguilera S, Soothill P. Control Prenatal. Rev Médica Clínica Las Condes. 2014;25(6):880-6. doi: 10.1016/S0716-8640(14)70634-0
2. Ministerio de Salud. Atención Prenatal, Manual de usuario de la historia clínica electrónica de primer nivel. Minsa [Internet]. Lima: 2019 [Citado el 6 de marzo del 2017]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/sihce/manuales/MU_ATENCION_PRENATAL.pdf
3. Government of Canada. Family-centred maternity and newborn care: National guidelines [Internet]. Public Health Agency of Canada 2017 [citado el 6 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/maternity-newborn-care-guidelines.html>
4. World Health Organization. WHO recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [Citado el 6 de marzo del 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
5. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Salud Materna [Internet]. MINSA. 2013 [Citado el 6 de marzo del 2024]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf
6. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014;2(6):e323-333. Doi: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X

7. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016;387(10017):462-74. Doi: 10.1016/S0140-6736(15)00838-7
8. Ipia-Ordóñez N, Ortega-Vallejo D, Acosta-Mora P, López-Lasso W, Martínez-Rodríguez J, Corrales-Zúñiga N, et al. Impacto de las condiciones sociodemográficas sobre el control prenatal en Latinoamérica. *Rev Fac Med*. 67(3):519-23. Doi: 10.15446/revfacmed.v67n3.69536
9. Chimatiro C, Hajison P, Chipeta E, Muula A. Understanding barriers preventing pregnant women from starting antenatal clinic in the first trimester of pregnancy in Ntcheu District-Malawi. *Reprod Health*. 21 de septiembre de 2018;15(1):158. Doi: 10.1186/s12978-018-0605-5
10. Machado Medrano S, Molinarez Pérez A, Urzola Montes L, Valdés Fernández M. Factores asociados a la falta de asistencia al control prenatal y consecuencias maternas y perinatales en tres IPS de Sincelejo 2016 - 2017. [Tesis para título profesional]. Sucre: Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Sucre 2017. Disponible en: <http://repositorio.unisucre.edu.co/handle/001/637>
11. Fernández Y, García G, Estrada A, Kassandra O. Inasistencia al control prenatal: ¿Cuáles son los principales factores asociados?. *Conocimiento para el desarrollo*, 2019; 10(1), 9-16. Disponible en: 10.17268/CpD.2019.01.02
12. Vázquez-Nava F, Reséndiz-González E, Torres-Bravo A, Aguilera-Joaquín AR, Ortega-Betancourt NV, Vázquez-Rodríguez EM, et al. Asociación de la violencia obstétrica, control prenatal y embarazo no planeado con la prematuridad. *Perinatol Reprod Humana*. 2021;35(2):65-74. Doi: <https://doi.org/10.24875/per.20000011>
13. Betancourt A, García M. Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes. *Rev Arbitr Interdiscip Cienc Salud Vida*. 2020;4(7):74-96. Doi: <http://dx.doi.org/10.35381/s.v.v4i7.646>
14. Rodríguez RC. Relación entre las condiciones sociolaborables y la Calidad de Atención percibida por la gestante atendida en el Programa de Control Prenatal, Hospital General de Jaén 2017. [Tesis de maestría]. Chiclayo: Escuela de Posgrado, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12893/9415>
15. Morelia P, Miroslava I. Percepción de la calidad del servicio de medicina familiar a la paciente embarazada usuarias de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 Aguascalientes. [Tesis de pregrado]. Aguascalientes: Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina. Universidad Autónoma de Aguascalientes, 2023. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11317/2680>
16. Rivera-Felix L, Burgos-López N, Gomez-Diaz J, Moquillaza-Alcántara V. Factores asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Hualar y Chancay, Perú. *An Fac Med*. abril de 2018;79(2):131-7. Doi: 10.15381/anales.v79i2.14939
17. Hernández Vásquez A, Vargas-Fernández R, Bendezu-Quispe G. Factores asociados a la calidad de la atención prenatal en Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. junio de 2019; 36(2): 178-87. Doi: 10.17843/rpmesp.2019.362.4482.
18. World Health Organization. Maternal and reproductive health [Internet]. WHO. The global Health Observatory [Citado el 6 de marzo del 2024] Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/maternal-and-reproductive-health>.
19. Sadiq N, Waheed Q, Hussain M, Rana AT, Yousaf Z, Chaudry Z, et al. Factors affecting the utilization of antenatal care among women of reproductive age in Nurpur Shahan. *JPMA J Pak Med Assoc* [Internet]. 2011 [Citado el 6 de marzo del 2024];61(6):616-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22204228/>
20. Muyunda B, Makasa M, Jacobs C, Michelo C. Higher Educational Attainment Associated with Optimal Antenatal Care Visits among Childbearing Women in Zambia. *Front Public Health*. 2016;4: 127. Doi: 10.3389/fpubh.2016.00127
21. Rojas G. Beneficios y barreras del control prenatal en estado de emergencia por covid-19 percibido por gestantes de Piura, 2022. [Tesis para título profesional]. Piura: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad San Pedro, 2022. Disponible en: <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/20.500.129076/21949>
22. Tatal-Muñoz L, Rodríguez-Castillo V, Buitrón-Zúñiga E, Ortega-Vallejo D, Zúñiga-Collazos L, Gonzáles-Hoyos E, et al. Condiciones de acceso al programa de control prenatal en un centro de primer nivel de atención de la Ciudad de Pasto, Colombia. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2019;65(2):157-62. doi: 10.31403/rpgo.v65i2165.
23. Meza L, Novoa R, Torres J, Jáuregui V, Rodríguez N, Guevara E, et al. Implementación de un modelo mixto de atención prenatal, presencial y virtual durante la pandemia COVID-19, en el Instituto Nacional Materno Perinatal en Lima, Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2021;67(2). doi: 10.31403/rpgo.v67i2313
24. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Directiva Sanitaria para garantizar la salud de las gestantes y la continuidad de la atención en planificación familiar ante la infección por covid-19. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (MINSA, DGIESP, DSARE) [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2020 [Citado el 6 de marzo del 2024]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5212.pdf>
25. Rojas Guerrero. Barreras de acceso al control prenatal durante la emergencia sanitaria del covid-19 en el Hospital de Sullana, 2022. [Tesis para título profesional]. Tumbes: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Tumbes, 2022. Disponible en: <https://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12874/64360/TESIS%20-%20ROJAS%20GUERRERO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. Agudelo S, Maldonado M, Plazas M, Gutiérrez I, Gómez A, Díaz D. Relación entre factores sociodemográficos y el bajo peso al nacer en una clínica universitaria en Cundinamarca, Colombia. *Revista Salud Uninorte*, 2017; 33(2): 86-97. doi: 10.14482/sun.33.2.10534
27. Álvarez J, Caballero F, Castaño Castrillón J, Escobar D, Franco A, Gómez P, et al. Cumplimiento de las Actividades de Promoción y Prevención en el Control Prenatal en una Entidad de 1° Nivel, Manizales, años 2005-2007. *Arch Med Manizales* [Internet] 2010 [Citado el 6 de marzo del 2024];10(1):19-30. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273819493002>