

Estudio de la satisfacción de las mujeres en edad reproductiva con el servicio prenatal en relación con el nivel de educación y el inicio del control prenatal en San Pablo de Heredia, Costa Rica.

Equipo de Calidad de la Clínica de San Pablo
COOPESIBA RL
Rosibel Arias
Juan José Jiménez
Esteban Granados
Jessica Montero
Carlos Calvo

Colaboración técnica y financiera:
International Health Central American Institute Foundation
Harvard Medical School y Tulane School of Medicine
Rebecca Perkins Colleen Brownell y Mario Tristán
Noviembre 2000

Resumen

COOPESIBA R.L. y la Clínica de San Pablo han determinado que la Mortalidad Infantil es un problema en el área de salud que necesita atención inmediata. Desde enero del 2000 se inició el Programa de "Mejoramiento de la Calidad de la Atención de la Madre y el Niño para la Reducción de la Mortalidad Infantil Mediante el Enfoque de Práctica Basada en la Evidencia (PBE)" cuyo objetivo ha sido establecer la evidencia de los posibles factores que se asocian a la aparente relativamente elevada tasa de Mortalidad Infantil que ha presentado San Pablo de Heredia durante los últimos cinco años. (Arias, R. et al 2000), pero también incorporar la actual evidencia existente en la Planificación y la práctica de los cuidados suministrados por la Clínica de San Pablo. El presente informe corresponde a la tercera etapa del programa y cuyo objetivo es estudiar el nivel de satisfacción con el servicio prenatal en relación con el nivel de educación y el inicio del control prenatal de las mujeres en edad reproductiva en San Pablo de Heredia. La necesidad de este estudio se fundamentó en los hallazgos de las etapas anteriores (Arias, R., Bloom, J., Tristán, M., Glass, R. 2000) (Arias, R., Ruth, A., Tristán, M. 2000) que destacan que las malformaciones congénitas, las complicaciones del embarazo y la Prematuridad son los riesgos que se asocian en forma significativa a los casos de mortalidad infantil sucedidos en el área de salud de San Pablo de Heredia en el periodo de 1995 a 1999. San Pablo de Heredia es una comunidad semi-urbana localizada en la Provincia de Heredia en Costa Rica y dentro de la Gran Area Metropolitana (GAM). San Pablo no es considerado un Cantón con grandes grupos de población por debajo de la línea de pobreza, tal y como la define el Banco Mundial (World Bank, World Poverty Report 2000) Aunque se desconocen cifras exactas con relación a la estratificación social y económica del Cantón de San Pablo algunos datos reflejan que la mayoría de sus habitantes corresponden a un nivel de clase media baja y media definida por su nivel de educación. Aunque recientemente se observan nuevas invasiones de población inmigrante en algunas áreas en condiciones de extrema pobreza, San Pablo parece ser una comunidad tipo del área Metropolitana de Costa Rica, que tiene acceso a los servicios básicos de agua potable, educación, electricidad, servicio telefónico, transporte interurbano, vías de comunicación y sobre todo servicios básicos de salud y fácil acceso a niveles más complejos de atención médica al menos en términos de proximidad geográfica. La Clínica de San Pablo de Heredia provee un modelo satisfactorio para estudiar las preferencias de las mujeres y sus acciones en cuanto al acceso al control prenatal porque las mujeres viven cerca de muchos diferentes servicios públicos y privados. Esta investigación retrospectiva tiene entonces como objetivo evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes en cuanto a los servicios del control prenatal existente, evaluar el nivel de educación de las mujeres de edades reproductivas en cuanto a los conocimientos acerca del embarazo y la importancia del control prenatal, y explorar la relación entre el nivel de educación de las mujeres y el inicio de su control prenatal. El



cuestionario estandarizado se le aplicó a 179 pacientes de la clínica dentro de las edades de 15 a 57 años. De las mujeres que llenaron los cuestionarios, 71.6% habían recibido su control prenatal en una clínica comunitaria del primer nivel de atención, el 18.9% en un hospital y 9.5% con un médico privado. El 76% de las mujeres opinaron que la clínica comunitaria provee servicios adecuados para las mujeres embarazadas, y ninguna diferencia en el nivel de satisfacción existió entre las mujeres que recibieron su control prenatal en la Clínica de San Pablo comparado con las mujeres que recibieron su control en un hospital o con un médico privado. Los resultados demuestran que los participantes tenían un conocimiento adecuado en cuanto a los signos del embarazo y los síntomas de complicaciones obstétricas. El 71.5% de las participantes pudieron nombrar la falta de la menstruación como un signo del embarazo, y más de 89% de las participantes sabían que deben buscar atención médica en caso de presentar contracciones, sangrado vaginal, pérdida del líquido amniótico, disminución de los movimientos del feto y flujo vaginal anormal. Pero por el contrario, los niveles de educación y conocimientos en cuanto a los síntomas de las infecciones vaginales y la pre-eclampsia no parecen ser adecuados, y lo mismo se observó en cuanto a conocimientos más avanzados del embarazo tales como la importancia del ácido fólico. Esta investigación demostró una diferencia interesante entre cuando las mujeres opinan que una mujer embarazada debe iniciar su control prenatal y la ingesta de suplementos vitamínicos y cuando ellas iniciaron su propio control y la toma de suplementos vitamínicos. Aunque el 85% de las participantes pensaron que una mujer debe iniciar el control dentro del primer mes, solo el 44% de ellas iniciaron su propio control durante este tiempo ($p < 0.001$). El 60% dijo que empezaron su control prenatal más tarde porque no se dieron cuenta de que estaban embarazadas. Sin embargo, más del 90% de las entrevistadas iniciaron su control prenatal dentro del primer trimestre. Sobre todo esta investigación indica que las mujeres están satisfechas con la atención que provee el sistema nacional de la salud de Costa Rica, por lo menos en este ejemplo de la Clínica de San Pablo de Heredia, y que también tienen información suficiente en cuanto a los asuntos importantes del embarazo y del control prenatal. El nivel adecuado de educación de los pacientes en cuanto a los síntomas que necesitan atención médica en la etapa prenatal disminuye la posibilidad que la salud de los pacientes sea afectada por no acudir a la atención médica oportuna. Los aspectos donde se pueden mejorar la atención incluyen más educación en cuanto a infecciones vaginales y la pre-eclampsia, y también la importancia del iniciar temprano el control prenatal y la ingesta de ácido fólico.



Agradecimientos

A la Municipalidad y los miembros de la Junta de Salud de San Pablo y al diputado Sergio Salazar por su apoyo y entusiasmo.

A la Dra María Elena López, y a la Lic. Ingrid Behn del Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Infantil del Ministerio de Salud por sus valiosas observaciones y corroboración de datos.

Al Ing. Daniel Antich del Programa Centroamericano de Población por el suministro de datos.

Y a los familiares de los niños fallecidos que quisieron compartir su dolor con nosotros.



Introducción

Costa Rica es un líder entre los países Centroamericanos en la provisión de servicios de salud, según el último reporte de la Oficina Mundial de la Salud (WHO, World Health Report 2000). En 1970, Costa Rica inició el plan de la salud hacia la construcción de un sistema nacional de salud. Un sistema creado para proveer acceso universal y atención de calidad igual a todos los residentes de Costa Rica. Las estadísticas nacionales indican que el estado de la salud mejoró significativamente en los años siguientes. Evidencia de este cambio es la disminución del nivel de mortalidad infantil de 60/1000 en 1970 a 11.8/1000 en 1998. El estado ha hecho un intento para mejorar el rendimiento de las acciones sanitarias y su vez aumentar la satisfacción de los pacientes con el cuidado, el inició de la revisión del sistema en 1998 con el plan de Modernización del Sector Salud (Sáenz L. B. 1998) El sistema de clínicas que existía entre otras cosas inició su proceso de descentralización con la meta de aumentar el papel de las comunidades en la organización de las clínicas y el cuidado de la salud.

La Clínica de San Pablo de Heredia, que abrió en 1999, es un modelo de este nuevo sistema de los servicios médicos, es administrada por una Cooperativa conformada por el personal de la Clínica de Barva que inició su gestión en Febrero de 1998. Este modelo corresponde a las nuevas alternativas de prestación de servicios adoptadas por la Caja Costarricense de Seguro Social en donde el servicio es prestado por un ente privado y la CCSS le compra el servicio. Los fondos son administrados por la CCSS y se derivan de un impuesto dentro de una contribución solidaria de los empleados, empleadores y el estado en todos los niveles de la actividad productiva. San Pablo de Heredia es una comunidad semi-rural de 30,000 habitantes cerca de los grandes centros urbanos de Heredia y San José. La Clínica de San Pablo de Heredia provee atención médico básica, servicios de pediatría, y servicios básicos de obstetricia/ ginecología a la comunidad de San Pablo de Heredia. La clínica tiene médicos (Medicina General), enfermeras, auxiliares de enfermería, farmacéuticos, y trabajadores de salud comunitaria denominados Asistente Técnico de Atención Primaria (ATAP.) Los ATAP en su perfil básico de acciones son fueron incorporados al equipo de salud desde mil novecientos setenta cuando se crearon los programas de Salud Rural y Salud Comunitaria dentro del Ministerio de Salud como resultante de la declaración de Alma Ata y dentro de la Estrategia de Desarrollo de la Atención Primaria. Eso se hizo para mejorar la atención sanitaria para las comunidades de Costa Rica. Actualmente el ATAP provee educación y recogen estadísticas de la comunidad por medio de visitas a cada familia en la comunidad, realizan el control de vacunación y dan vacunación a nivel domiciliario, además que detectan a mujeres embarazadas y hacen control de crecimiento y desarrollo de los niños. La Clínica de San Pablo de Heredia es un modelo adecuado para estudiar el nivel de satisfacción de los pacientes con este sistema de atención médica nuevo porque casi todos los pacientes han sido expuestos a otros servicios médicos tales como médico privado o los Hospitales de la red y en clínicas de atención primarias en comunidades vecinas.

La presente investigación se concentró en el control prenatal de mujeres en edad reproductiva en San Pablo de Heredia porque otras investigaciones han indicado una necesidad de buscar más información y análisis de este aspecto de los servicios de salud (Arias, R. Bloom J. Tristán, M. Glass, R. 2000) (Arias R. Ruth, A. Tristán M.; 2000). La población de mujeres en edad reproductiva en San Pablo de Heredia es aproximadamente 3500, con aproximadamente 300 partos anualmente. Las mujeres recibieron su control prenatal en la Clínica de San Pablo de Heredia entre septiembre 1999 y septiembre 2000. Los Servicios disponibles para las mujeres embarazadas en la Clínica de San Pablo de Heredia están de acuerdo con las normas de Atención Primaria definidas por la CCSS (CCSS, 1987) y incluyen pruebas de laboratorios en la etapa prenatal, grupos de educación prenatal, y atención completa hasta el momento del parto para embarazos sin complicaciones.

Esta investigación tiene como objetivo evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes en cuanto a los servicios del control prenatal existente, evaluar el nivel de educación de las mujeres de edad reproductiva en cuanto a los asuntos del embarazo y la importancia del control prenatal, y explorar la relación entre el nivel de educación de las mujeres y el momento de inicio de su control prenatal.



Materiales y Métodos

Esta investigación es retrospectiva y descriptiva. Se utilizó un cuestionario estructurado y estandarizado que aplicado por las investigadoras y leído a las entrevistadas en forma individual. El criterio de selección de las entrevistadas se basó en una muestra no aleatoria y a juicio de las mujeres que asistieron a la Clínica de San Pablo de Heredia durante 7 días no consecutivos durante 4 semanas, alcanzando aproximadamente 5% de la población de las mujeres de la edad reproductiva en San Pablo de Heredia.

El criterio de selección de la muestra tiene limitaciones en cuanto a la validez externa y la representatividad de toda la población dado que es conocido que no toda la población asiste a los servicios médicos y de Salud que ofrece la Clínica. Parece ser que la clínica da cobertura a sectores medio y bajos de la población. Otros grupos de población acuden a servicios privados de atención prenatal. La clínica de San Pablo estima que tiene una cobertura real de entre el 80 y el 90 % de las mujeres en embarazadas en el cantón. De esta manera a todas las mujeres que llegaron a la Clínica durante este período de tiempo y que estaban en la edad reproductiva se les solicitó participar en la investigación. El 97% de los pacientes a las que se le solicitó aceptaron participar en la investigación.

El cuestionario evaluó información demográfica, el nivel de educación relacionado los asuntos básicos y más avanzados del embarazo, la manera en que las mujeres utilizaron los servicios de la clínica, y si ellas estaban satisfechas con los servicios. El cuestionario fue estandarizado precodificado y con preguntas cerradas aunque tenía algunas preguntas abiertas. Los investigadores principales hicieron todas las entrevistas usando las palabras exactas del cuestionario para asegurar que los resultados. Todos los resultados vinieron directamente de la respuesta textual de las pacientes entrevistadas.

Después de recoger los resultados, las variables fueron estandarizadas. El nivel socioeconómico de cada mujer fue determinado por la ocupación del jefe del hogar. Para responder a la pregunta: ¿"Cuándo inició Ud. su control prenatal/ vitaminas?" Una respuesta del "al principio" contó como primer mes. Para preguntas con respuestas libres, respuestas parecidas fueron puestas juntos, y porcentajes fueron obtenidos. Respuestas a preguntas que trataron de los signos de un embarazo, síntomas de infecciones vaginales, la importancia del ácido fólico, y las razones porque prueban el nivel de glucosa en la sangre de las mujeres embarazadas fueron consideradas incorrectas cuando no estaban de acuerdo con normas corriente del conocimiento médico y las normas de atención vigentes.

El análisis de estadísticas se usó rangos, promedios, y porcentajes para la mayoría de respuestas. Pruebas-t con 2 colas fueron usados por análisis de los grupos, y pruebas Chi Cuadrado (X^2) fueron usadas para comparar la frecuencia con que ocurrieron las respuestas dentro de grupos diferentes de mujeres.

Resultados

Aspectos Demográficos

La población de la investigación consistió de 175 mujeres, con un rango de edad de 15-57 años (promedio 31.8 años) 95% de las mujeres vivieron en San Pablo de Heredia. 51.1% de las participantes estaban casadas, 28.9% estaban solteras, 14.7% estaban divorciadas, 9.4% estaban en una unión libre, 2.2% estaban viudas, y 0.6% estaban separadas. El nivel socioeconómico, determinado por la descripción del trabajo del jefe de la casa, indicó que 86% de los participantes fueron de la clase media-baja o baja, 13% fueron de la clase media-alta o alta, y 2.9% respondieron que no tenían ningún trabajo seguro. El nivel de educación promedio fue el tercer año del colegio, con un rango de 0 a 17 años (nivel de la Licenciatura Universitaria)



Cuando se llenaron los cuestionarios, 12.4% de mujeres estaban embarazadas, con una promedio edad gestacional de 5 meses. El promedio del número de embarazos en total fue 2.5 por mujer, con un rango de 0-13. El promedio del número de hijos fue 2.1, con un rango de 0-10. Para mujeres que no estaban embarazadas cuando participaron en la investigación, el rango de tiempo que había pasado después del último embarazo fue de 5 días a 32 años (promedio 6.4 años) 69.5% de mujeres usaban un tipo de planificación familiar además que la abstinencia. 21.5% usaban pastillas, 14.7% usaban la esterilización de la mujer, 10.7% usaban condones, 10.7% usaban inyecciones de medroxyprogesterona, 7.9% usaban dispositivos intrauterinos, 2.3% usaban el método del ritmo, y 1.7% usaban otros métodos (histerectomía, vasectomía)

Utilización de Servicios

Para evaluar las preferencias de las mujeres en cuanto a los servicios prenatales, cada mujer describió donde había recibido su control prenatal en su último embarazo (o su embarazo actual), sus razones porque escogió este sitio, si estaba satisfecha con los servicios que recibió, y su sitio preferido para recibir su control prenatal y dar a luz. El 71.6% de las mujeres había recibido su control prenatal en una clínica comunitaria (EBAIS), el 32% de estas en la Clínica de San Pablo de Heredia, el 18.9% habían recibido su control prenatal en un hospital, y el 9.5% escogieron un médico privado, el 30.4% de las mujeres explicaron porque escogieron un lugar específico para su control prenatal. De estas, el 89.4% de las pacientes que escogieron una clínica comunitaria dijeron que la clínica estaba cerca de su casa y 10.6% dijeron que les gustó la atención médica.

De las mujeres que recibieron su control en un hospital, el 45.8% tenían embarazos de alto riesgo, el 20.8% dijo que se sintieron más seguras porque había especialistas y equipo disponible, el 20.8% tuvo una experiencia positiva en el pasado o tenían una persona conocida que trabajaba en el hospital, 8.3% tuvieron una experiencia negativa en otro lugar en el pasado, y 4.2% dijeron que fue el centro médico más cerca de su hogar. De las mujeres que escogieron un médico privado, el 46.2% dijeron que fue más fácil conseguir citas, 23.1% pensaron que la atención era mejor, el 23.1% tuvieron un embarazo de alto riesgo, el 15.4% se sintieron más seguras con el cuidado, y 7.6% pensaron que el cuidado era mejor para el bebe.

Cuando las mujeres nombraron el mejor lugar para el control prenatal, 32.3% de las mujeres prefirieron una clínica comunitaria, 25.1% prefirieron a un médico privado (aunque muchas dijeron que no podían tenerlo), el 4.1% prefirieron un hospital de mujeres, el 16.4% opinaron que todos los centros médicos eran equivalentes, y el 5.3% se sintieron inciertas. Aproximadamente el 67% de mujeres dijeron que su centro médico actual fue su centro médico preferido. Ninguna diferencia existió entre las mujeres que habían recibido su control en una clínica comunitaria comparado a las mujeres que habían recibido su control en un hospital o con un médico privado.

De los pacientes que dieron razones para su escogencia (78.9%), los pacientes que escogieron una clínica comunitaria nombró la calidad de atención, un sitio cerca de su hogar, experiencia positiva en el pasado, y servicios gratis. Los pacientes que nombraron un médico privado nombraron la calidad de atención, trato más rápido, especialistas, mejor educación, y una experiencia positiva en el pasado. Los pacientes que escogieron un hospital nombraron que había especialistas disponibles, una experiencia positiva en el pasado, más confianza la calidad de atención, equipo disponible, y una experiencia negativa en el pasado en otro lugar. Los pacientes que prefirieron a un hospital de mujeres nombraron especialistas disponibles y la calidad de la atención.

También se obtuvo la opinión de las mujeres acerca de los servicios que provee la Clínica de San Pablo de Heredia. El 76.1% de participantes pensaron que una mujer embarazada recibió mucha y adecuada atención, el 4.5% pensaron que los servicios no fueron suficientes, y el 19.3% opinaron que no sabían suficiente para dar respuesta a la pregunta (Grafico N° 3.) En cuanto a los servicios que le faltan la clínica, el 25.5% nombraron falta de acceso fácil a un ultrasonido, el 25.5% nombraron falta de especialistas disponibles, el 12.8% nombraron la falta de laboratorios, el 8.5% nombraron la falta de



equipo, el 6.4% nombraron la falta de monitores fetales, el 6.4% pensaron que las mujeres embarazadas no recibieron bastante atención, y el 2.1% señalaron la falta de asistentes, acceso de rayos-X, y falta de información (Figura N° 4), el 8.5% de participantes dijeron que se sintieron bien con el nivel de servicios en la clínica porque se les puede referir al hospital muy fácilmente si existía la necesidad.

Las mujeres también opinaron del mejor sitio para dar a luz. El 39.8% de participantes nombraron el Hospital de Heredia, un hospital del nivel 2, el 38.6% nombraron un hospital del nivel 3 (Hospital México, San Juan de Dios, Calderón Guardia, o Hospital de La Mujer), el 7.6% prefirieron una clínica privada, y el 17.0% pensaron que todos los sitios eran equivalentes. El 2.9% de mujeres prefirieron dar a luz en sus casas, pero dijeron que está prohibido. Las razones que las mujeres dieron para preferir al Hospital de Heredia, el hospital del nivel 2, ordenado de los más frecuentes a lo menos frecuentes, fueron la calidad de la atención, el sitio cerca de su casa, las especialistas disponibles, una experiencia negativa en otro lugar en el pasado, un sentimiento de confianza en los servicios, y personas conocidas que trabajaban en el hospital.

Las razones para preferir a un hospital del nivel 3 incluyeron las especialistas disponibles, una experiencia negativa en el pasado en otro lugar, una experiencia positiva en esto lugar, la calidad de la atención, el sentimiento de confianza en los servicios, la reputación del hospital, el equipo disponible, personas conocidas que trabajaban en el hospital, mejor higiene, mejor recursos, y trato más rápido. Las mujeres que prefirieron dar a la luz en casa opinaron que era un ambiente más cómodo para la madre y el bebe.

Iniciación del Control Prenatal

Para evaluar las creencias y comportamientos de las mujeres en cuanto al control prenatal, participantes dijeron si pensaron que mujeres deben tener control prenatal, cuando deben iniciarlo, y también si ellas mismas habían iniciado control prenatal en su último o corriente embarazo y cuando lo habían iniciado. 2.8% de participantes pensaron que mujeres deben iniciar el control prenatal antes de la concepción, 84.8% dijeron que deben iniciar el control dentro del primer mes, 4.5% dijeron 2 meses, 2.2% dijeron 3 meses, 0.6% dijeron 6 meses (promedio 1.1 meses.) 5.1% de mujeres no sabían. Al contrario, solo 44.4% de participantes iniciaron su control prenatal dentro del primer mes, 24.8% empezaron dentro de 1 y 2 meses, 15.7% dentro de 2 y 3 meses, 6.5% dentro de 3 y 4 meses, 2.0% dentro de 4 y 5 meses, y 1.3% a 6 meses (promedio 1.9 meses.) 2.0% no pudieron recordar cuando iniciaron su control prenatal, y 2.6% no habían recibido control prenatal. El promedio edad gestacional cuando participantes iniciaron su propio control prenatal fue significativamente más tarde que la edad gestacional cuando pensaron que una mujer debe iniciar su control prenatal ($p < 0.001$) (Figura 5). Ninguna diferencia significativa existió dentro las mujeres que habían estado embarazadas hace más de 5 años comparados con las mujeres que tuvieron su ultimo embarazo dentro de los 5 años pasados.

Los participantes nombraron razones porque se tardaron en iniciar su control prenatal. 60.3% dijeron que no se dieron cuenta que estaban embarazadas, 9.5% nombraron dificultades con el trabajo, 7.9% esperaron 1 mes después de darse cuenta del embarazo para estar seguro que estaban embarazadas, 6.3% dijeron que se sintieron bien y por eso no necesitaron control, 3.2 % dijeron que no querían ir al doctor, 1 mujer no tenía acceso a un centro médico, y 1 mujer dijo que su esposo no le permite ir.

En respuesta a la pregunta, ¿“Cuántas veces debe visitar al doctor una mujer durante un embarazo normal?” 79% dijeron cada mes, que está de acuerdo con las normas corrientes. Respuestas fueron de 3 a 27 visitas durante un embarazo (promedio 9.0 meses).

Participantes también respondieron a preguntas en cuanto a la importancia de las vitaminas prenatales (sulfato ferroso y el ácido fólico) durante la etapa prenatal. 98.9% de las mujeres pensaron



que mujeres deben tomar vitaminas durante un embarazo. 2.8% pensaron que deben iniciar tomando vitaminas antes de la concepción, 61.0% dijeron que deben iniciar tomando vitaminas durante el primer mes del embarazo, 7.3% dijeron segunda mes, 10.2% dijeron tercer mes, 4.1% dijeron cuarto mes, y 1.1% dijeron quinto mes. 10.7% de las mujeres no sabían cuando una mujer embarazada debe iniciar sus vitaminas, y 4.6% pensaron que deben tomarlas por las recomendaciones de un doctor.

A pesar de sus pensamientos, solo 20.8% de las mujeres empezaron de tomar vitaminas durante el primer mes, 24.0% empezaron a las 2 meses, 16.9% empezaron a los 3 meses, 9.1% a las 4 meses, 3.2% a los 5 meses, y 1.3% a los 6 meses. 5.2% de las mujeres no recordaron cuando iniciaron a ingerir sus complementos vitamínicos vitaminas, y 18.8% no tomaron vitaminas. En este caso también, la diferencia entre el pensamiento y el comportamiento fue significativa ($p < 0.001$). No existió diferencia significativa entre mujeres que habían estado embarazadas dentro de los 5 años pasados cuando se compararon con las que habían estado embarazadas hace más de 5 años. 50.7% de mujeres dijeron que empezaron con sus vitaminas prenatales con su primer visita al doctor y 18.7% dijeron que tomaron vitaminas por las recomendaciones de sus doctores.

De las mujeres que no tomaron vitaminas, 9.0% dijeron que no tenían acceso a vitaminas, 6.7% se sintieron enfermas, 4.5% dijeron que no pudieron tomar pastillas, 4.5% dijeron que comieron una dieta nutritiva y por esto no necesitaron vitaminas extras, y 1.5% dijeron que se sintieron bien y tuvieron exámenes físicos y del laboratorio normales y por esto no necesitaron vitaminas extras. Una mujer dijo que evitó las vitaminas y los otros suplementos por "miedo que el bebe se le engordará demasiado."

Nivel de Educación en Cuanto a conocimientos Básicos del Embarazo

Se evaluó el conocimiento básico que sobre el embarazo que tenían las mujeres. Cuando los participantes fueron preguntados a nombrar síntomas del embarazo / maneras de saber si estaban embarazadas, 71.5% nombraron falta de la menstruación, 48.4% nombraron malestares generales (cansancio, achaques, mareos), 45.3% nombraron náusea / vómitos, y 25.1% nombraron una prueba de orina o sangre. Respuestas incorrectas incluyeron fiebre, vejiga baja, presión alta o baja, dolor durante relaciones sexuales, edema de las piernas, varices, y diarrea (6% de las respuestas en total).

Para evaluar si mujeres estaban enteradas de los síntomas que pueden señalar problemas serios con el embarazo, participantes fueron preguntados si una mujer embarazada que padece de una síntoma nombrada debe buscar atención médica. Un resumen de los resultados está en el Tabla 1.



Cuadro No 1 Distribución relativa del conocimiento de los indicadores de riesgo del embarazo según clasificación. Noviembre 2000.

Síntoma	Incierto (%)	Depende (%)	No (%)	Sí (%)
Dolor de espalda	2.2	1.1	56.2	40.4
nos tiernos	3.4	0	64	32.6
* Sangrado vaginal	0	0	6.7	93.3
* Dolores fuertes en el abdomen	1.1	0	6.2	92.7
* Se rompe la bolsa de las aguas	0	0	5.1	94.9
* Flujo amarillo, espeso o de mal olor de la vagina	1.7	0	8.4	89.9
Deseo de orinar frecuentemente	1.7	0	52.2	46.1
Edema de los pies **	0	0	41.6	58.4
* Edema de los manos o la cara **	1.7	0	32.6	65.7
Movimientos disminuidos del feto.	0	1.1	1.1	97.8

* No se encontró diferencia significativa en cuanto a la frecuencia de las respuestas de las mujeres que habían estado embarazadas durante el año al ser comparadas con mujeres que habían estado embarazadas hace más de un año.

** Ninguna diferencia significativa se encontró entre la frecuencia con que mujeres pensaron que una mujer embarazada debe buscar atención médica para edema de los pies versus edema de los manos y la cara.

Se determinó la opinión de las participantes en cuanto a cuales problemas médicos, que ocurren durante el embarazo, pueden ser controlados en la clínica de San Pablo y cuales necesitan la atención de una especialista. Un resumen de los resultados está en el Cuadro No 2.

Dado que las infecciones vaginales son problemas que ocurren frecuentemente en las Mujeres en edad reproductiva, que son tratables y que pueden causar problemas serios que pueden ser prevenibles se les solicitó a las mujeres identificar 3 síntomas de una infección vaginal. Las respuestas que se consideraron correctas de acuerdo al conocimiento médico actual incluyeron flujo



Cuadro N° 2 Distribución relativa porcentajes de la opinión de las mujeres en cuanto la capacidad de resolución según Problemas de la clínica de San Pablo. Noviembre 2000

Problema	Incierto (%)	Referir* (%)	No (%)	Sí (%)
Problema serio del corazón	0	2.3	10.2	87.6
Asma	1.7	0.6	33.7	64
Sangrado vaginal	0.6	3.9	16.3	84.8
Amenaza del parto prematuro	0	2.8	6.7	90.4
Saludable	0	0.6	80.8	18.6
Diabetes mellitus que necesita insulina	3.9	1.7	15.7	78.1

* Las Participantes dijeron que una mujer con este problema puede ir a la clínica primero y obtener una referencia para ir a una especialista después.

Vaginal (47.2%), dolor al orinar (41.0%), dolor en la vagina o en el abdomen (33.7%), prurito (33.7%), mal olor (17.4%), el deseo de orinar frecuentemente (6.7%), sangrado vaginal (6.2%), malestares generales (4.5%), fiebre (3.9%), dolor de espalda (3.4%), y dolor al tener relaciones sexuales (2.8%). El 18.0% de las mujeres no pudieron nombrar ni un solo síntoma de una infección vaginal. Se clasificaron como respuestas incorrectas el 5.6% de las respuestas en total e incluyeron como tales: "orina muy amarilla," edema de los pies, dolor de cabeza, orina disminuida, dolor de las piernas, amenorrea, y

retención de orina.

El nivel de conocimiento de aspectos mas complicados del embarazo

Algunas preguntas evaluaron el nivel de conocimiento en cuanto a los asuntos más complicados del embarazo. El 64.6% de mujeres sabían que un embarazo ectópico no permite la supervivencia del producto, El 28.1% estaban inciertas al respecto, y el 7.3% pensaron que el embarazo puede continuar sin problema. Las mujeres también dieron sus opiniones en cuanto a la transmisión de VIH de madre infectada al feto. El 55.9% pensaron que es posible prevenir la transmisión, el 27.1% pensaron que prevención es imposible, y el 16.9% no sabía. Cuando se les preguntó *¿cuantos kilos debe aumentar de peso una mujer durante un embarazo normal?*, Las participantes dieron respuestas entre el rango de 1 a 27kg, con promedio de 10kg. El 38.2% de las participantes no sabían cuantos kilos una mujer embarazada debe aumentar.

Se le solicitó a las participantes la opinión en cuanto a la importancia del ácido fólico. El 3.4% de las mujeres dieron respuestas correctas, El 19.1% dieron respuestas generales, El 25.1% dieron respuestas que indicaron una comprensión parcial, El 11.4% dieron respuestas incorrectas, y el 41% de las participantes no sabían. Las r respuestas correctas incluyeron malformaciones congénitas, columna vertebral, y espina bífida, respuestas generales incluyeron crecimiento y desarrollo, respuestas de comprensión parcial incluyeron desarrollo de los huesos y el cerebro, y respuestas incorrectas incluyeron, desarrollo de los dientes, calcio o hierro, estimulación del apetito, prevención de hemorragia, y prevención de la anemia.

Para evaluar el nivel de educación en cuanto a la diabetes gestacional, las mujeres dieron sus opiniones sobre los razones porque se evalúa el nivel de glucosa en la sangre de una mujer embarazada. El 32% dieron respuestas correctas, El 19.6% dieron respuestas generales, el 6.7% dieron respuestas incorrectas, y el 44.4% de participantes no sabían. Las respuestas correctas incluyeron diabetes gestacional, problemas con la regulación de la glucosa en la etapa neonatal, complicaciones del parto, aborto espontáneo / muerte intrauterina, macrosomía, y malformaciones



congénitas. Las respuestas generales incluyeron embarazo de alto riesgo y daño al feto. Respuestas incorrectas incluyeron hipertensión, anemia, diarrea, y colesterol.

Discusión

San Pablo de Heredia es una comunidad semi-urbana, con una estructura socioeconómica que la conformada básicamente por sectores medios, en términos generales es muy parecida por sus características demográficas a otras comunidades del Valle Central. La Clínica de San Pablo de Heredia provee un modelo excelente para estudiar las preferencias de las mujeres y sus acciones en cuanto al acceso al control prenatal porque las mujeres viven cerca de muchos diferentes servicios públicos y privados en Heredia y San José, y también porque habían sido expuestas a diferentes centros médicos antes de la creación de la Clínica de San Pablo de Heredia en 1999.

La mayoría de los participantes en la investigación (71.6%) habían recibido su control prenatal en una clínica comunitaria, y el 76% de mujeres expresó que la Clínica de San Pablo de Heredia provee servicios adecuados. Aproximadamente el 67% de las mujeres dijeron que el centro médico que había usado más recientemente fue su centro médico preferido. No se encontró una diferencia significativa entre las mujeres que habían recibido su control en una clínica comunitaria cuando se compararon a las mujeres que escogieron un hospital o un médico privado.

La evidencia encontrada parece demostrar que los participantes tenían conocimiento en cuanto a los signos del embarazo y los síntomas de complicaciones obstétricas. El 71.5% de las participantes pudieron nombrar la falta de la menstruación como un signo del embarazo, y más del 89% de las participantes sabían que deben buscar atención médica cuando se presentan contracciones, sangrado vaginal, pérdida de líquido amniótico, disminución del movimiento fetal, y flujo vaginal anormal. Las participantes también mostraron tener información acerca de cuando era necesario ver un especialista en la etapa prenatal.

Más del 75% de mujeres pensaron que una mujer embarazada debe consultar a una especialista por problemas médicos o obstétricos serios tales como problemas del corazón, diabetes que necesita insulina, sangrado vaginal, o amenaza de parto prematuro. El 33.7% opinaron que el asma se podía controlar bien en una clínica comunitaria, y el 80.8% opinó que una mujer saludable no necesitó la atención de una especialista.

Al contrario, los niveles de información en cuanto a los síntomas de las infecciones vaginales y la pre-eclampsia no parecen ser suficientes. El 18% de las mujeres no pudieron nombrar ni un síntoma de una infección vaginal, y menos del 50% pudo nombrar flujo anormal, prurito, dolores, o síntomas al orinar como razones de para solicitar atención médica por problemas ginecológicos. No parece que las mujeres tenían una adecuada comprensión de la importancia de solicitar atención médica para edema de los manos y la cara durante el embarazo como un síntoma de la pre-eclampsia.

No existió ninguna diferencia significativa entre el número de mujeres que consideraron necesario buscar atención médica para el edema de los manos y la cara (65.7%) versus edema de los pies (58.4%). Este hallazgo puede ser puede tener consecuencias negativas para la salud de las mujeres embarazadas porque es posible que las mujeres no acudan a la Clínica en forma oportuna con la presencia de síntomas de infecciones vaginales o la pre-eclampsia, posiblemente permitiendo el desarrollo de complicaciones como enfermedad inflamatoria de pelvis o problemas con la salud de la madre o del niño.

Los niveles de educación en cuanto a los asuntos más complejos del embarazo, incluyendo la importancia del ácido fólico, la razón porque se evalúa el nivel de glucosa en la sangre de las mujeres embarazadas, la transmisión de VIH, los embarazos ectópicos, y el aumento de peso durante un embarazo normal también no fueron satisfactorios. Solo el 3.4% pudieron nombrar razones correctas para tomar el ácido fólico, 32% identificaron correctamente las complicaciones de la diabetes



gestacional, El 56% opinaron que es posible prevenir la transmisión de VIH de la madre al bebe, y el 65% sabían que en un embarazo ectópico el producto no puede sobrevivir. El promedio de las respuestas de la estimación dada para el aumento de peso de las mujeres durante el embarazo fue correcto (10kg), pero el 38% de las mujeres no pudieron dar una respuesta. Sin embargo, estas preguntas demuestran el nivel de información que tienen las mujeres en cuanto a algunos asuntos muy complejos que tienen menos posibilidad de afectar directamente la salud de los pacientes.

Esta investigación demostró una diferencia interesante entre cuando las mujeres pensaron que una mujer embarazada debe iniciar su control prenatal y sus suplementos vitamínicos y cuando ellas iniciaron su propio control y la ingesta de suplementos vitamínicos. Aunque el 85% de las participantes pensaron que una mujer debe iniciar el control dentro del primer mes, solo el 44% de ellas iniciaron su propio control durante este tiempo ($p < 0.001$), con un 60% que dijo que empezaron más tarde porque no se dieron cuenta que estaban embarazadas. También, aunque el 61% piensa que deben iniciar el suplemento vitamínico durante el primer mes, solo el 20.8% lo iniciaron el suplemento vitamínico en este tiempo ($p < 0.001$).

La razón que los participantes dieron más frecuentemente fue que el inicio de su control prenatal fue también tardío. Esto abre la posibilidad y la necesidad de insistir mas en la educación de la comunidad de reconocer forma temprana los signos del embarazo y la importancia de iniciar el control prenatal cuando se nota la primera falta de la menstruación. Esto puede ayudar a las mujeres en solicitar atención médica temprana. Sin embargo, más del 90% de las mujeres iniciaron su control prenatal dentro del primer trimestre del embarazo (promedio 1.9 meses), indicando que las mujeres están iniciando con su control prenatal a tiempo.

El campo donde este pequeño retraso puede afectar a la salud del niño es en los defectos del tubo neural. Aunque Costa Rica importa los cereales fortificado con el ácido fólico, puede ser que por una parte la mayoría de las mujeres de las edades reproductivas no tengan acceso a estos productos. Además, un reporte reciente del Ministerio de Salud indica que las dietas de la mayoría de Costarricenses son bajas en muchas vitaminas importantes, incluyendo el ácido fólico (Ministerio de Salud 2000!). Porque el tubo neural se cierra entre 21 a 28 días después de la concepción, iniciando con el control prenatal lo más pronto posible podría ser crítico para el éxito de esta intervención.

Dado que un número importante de mujeres también no se entendió bien la importancia del ácido fólico, un programa de educación para animar el inicio del control prenatal temprano o empezar con vitaminas antes del embarazo o lo más pronto posible después de que una mujer queda embarazada, puede mejorar acceso al ácido fólico en la edad gestacional crítica, así disminuyendo la prevalencia de defectos del tubo neural en Costa Rica.

Esta investigación tiene algunas limitaciones. Toda la información es retrospectiva, así introduciendo la posibilidad del sesgo de recuerdo. Sin embargo, cuando las pacientes que habían estado embarazadas hace más de 5 años estaban comparadas con las pacientes que habían estado embarazadas en los últimos 5 años, no se encontró ninguna diferencia significativa. Todos los datos fueron recogidos y analizados por los investigadores principales, introduciendo la posibilidad del sesgo de observación. Los cuestionarios fueron leídos en voz alta exactamente como estaban escritos para disminuir la posibilidad de este problema. También hay la posibilidad que algunas de las mujeres no entendieron bien algunas de las frases usado en el cuestionario. Aunque el 90% de los participantes pudieron decir que una mujer embarazada con flujo vaginal anormal necesita atención médica, menos del 50% pudieron mencionar flujo anormal como un síntoma de una infección vaginal. Este puede indicar un riesgo entre las mujeres para acudir al servicio mas frecuentemente durante el embarazo, o puede indicar que las mujeres no entienden bien el significado del flujo vaginal como un síntoma de vaginitis o cervicitis.



Sobretudo, esta investigación indica que las mujeres están satisfechas con la atención que provee el sistema nacional de la salud de Costa Rica, por lo menos en este ejemplo de la Clínica de San Pablo de Heredia, y que también tienen información suficiente en cuanto a los asuntos importantes del embarazo y del control prenatal. El nivel satisfactorio de educación de los pacientes en cuanto a los síntomas que necesitan atención médica en la etapa prenatal disminuye la posibilidad que la salud de los pacientes sea afectada por una solicitud tardía de atención. Es necesario insistir que se puede mejorar la atención si se incluye más programas de educación en cuanto a infecciones vaginales y la pre-eclampsia, y también la importancia del iniciar temprano el control prenatal y el ácido fólico.



Referencias

Arias, R.; Bloom, J.; Tristán M.; Glass R., “Análisis Cualitativo de los Casos de Mortalidad en el Area de Salud de San Pablo de 1995 a 1999” Para ser Presentado en la X Conferencia de IHMEC, San Pedro Sula, Honduras Febrero 2001.

Arias, R.; Ruth A.; Tristán, M. “Los Riegos Asociados a la Taza de Mortalidad Infantil en el Area de Salud de San Pablo de Heredia: Un Estudio de Casos y Controles.” Para ser Presentado en la X Conferencia de IHMEC, San Pedro Sula, Honduras Febrero 2001.

Caja Costarricense de Seguro Social y Ministerio de Salud “Normas de Atención de Salud del Primer Nivel de Atención” San José Costa Rica, febrero 1995.

Clínica de San Pablo “Análisis de Situación de Salud Cantón de San Pablo de Heredia.” Caja Costarricense de Seguro Social, Apartado 10105, San José, C.R.

Ministerio de Salud, “Canasta Básica Alimentaria del Costarricense” Vigilancia Nutricional San José, Costa Rica, 2000.

Sáenz, L. “La Reforma del Sector Salud de Costa Rica” CCSS, MIDEPLAN, San José de Costa Rica, 1997.

WHO. “World Health Situation World Health Report”. Geneva 2000.

World Bank “Poverty World Report” Washington, USA 2000.

