

Adherencia a la atención prenatal en el contexto sociocultural de países subdesarrollados: una revisión narrativa

Dayanna Lucia Dioses Fernández ^{2,a}; Cristhian Armando Corzo Sosa ^{2,a}; Jordan Josué Zarate García ^{2,a}; Vanessa Alejandra Vizcarra Gonzales ^{2,a}; Nicole Grimanesa Zapata Maza* ^{2,a}; Miriam Arredondo-Nontol ^{1,2,a}

RESUMEN

La atención prenatal tiene como fin preservar y mejorar la salud de la madre y del producto de su gestación, pero la calidad de este servicio y las tasas de asistencias son variables, siendo los países subdesarrollados los que presentan las tasas más bajas. Existen brechas culturales que impiden el adecuado acceso a los cuidados prenatales, y ello pone en riesgo la salud del binomio madre e hijo. El objetivo fue realizar una revisión actualizada sobre las brechas culturales y su repercusión en la atención prenatal. Para la ejecución de la revisión narrativa, se efectuó una búsqueda en las bases de datos en inglés de Pubmed y Scopus, y en español, de Scielo, de todos los artículos que fueron publicados hasta el 17 de diciembre del 2022. Existen diversas situaciones por las cuales las gestantes no acuden a su cita prenatal; entre ellas, destacan el machismo, que ha sido reportado como una causa común de inasistencia a los controles prenatales en países subdesarrollados y, sobre todo, en comunidades rurales; la falta de educación en las familias, razón por la cual las mujeres no asisten a los controles prenatales por ignorancia sobre el cuidado y riesgos del embarazo, así como por sus creencias y costumbres sobre su proceso; las dificultades geográficas para llegar al centro de salud; el maltrato en la atención prenatal, sea por parte del profesional de la salud o por falta de inclusión en el centro de salud; el estado migratorio y el problema de acceso a la salud que esto representa. Reconocer estas situaciones es tan importante como saber sus consecuencias; una vez identificadas, se pueden buscar diferentes alternativas de solución desde el primer nivel de atención. El personal de salud debe capacitarse con el fin de ayudar a la población a entender la importancia del control prenatal, y para ello debe conocer y respetar las costumbres y tradiciones de cada paciente, sin menoscabar sus ideologías.

Palabras clave: Disparidades en el Estado de Salud; Cultura; Atención Prenatal (Fuente: DeCS BIREME).

Adherence to prenatal care in the sociocultural context of developing countries: a narrative review

ABSTRACT

Prenatal care is intended to preserve and improve maternal and child health; however, the quality of this service and the attendance rates vary, with developing countries having the lowest rates. There are cultural gaps that prevent adequate access to prenatal care, putting the maternal and child health at risk. Our objective was to carry out an updated review on cultural gaps and their impact on prenatal care. This narrative review was conducted by searching all articles published until December 17, 2022, in English databases such as PubMed and Scopus, and Spanish databases such as SciELO. There are various situations that force pregnant women not to attend prenatal appointment, including machismo, reported as a common cause of non-attendance to prenatal checkups in developing countries and especially in rural communities; poor education in families, so women do not attend prenatal checkups due to ignorance about pregnancy care and risks, as well as their beliefs and customs about pregnancy; difficulty accessing health care services due to geographic issues; mistreatment from health professionals while receiving prenatal care or lack of inclusion in the health center; immigration status and the resulting problems with access to health care. Recognizing these situations is as important as knowing their consequences since, once identified, different solution alternatives can be sought from the primary health care. Health personnel must be trained to help the population understand the importance of prenatal care by knowing and respecting the customs and traditions of each patient, and not undermining their ideologies.

Keywords: Health Status Disparities; Culture; Prenatal Care (Source: MeSH NLM).

1 Hospital Carlos Alberto Cortez Jiménez - EsSalud. Tumbes, Perú.

2 Universidad Nacional de Tumbes. Tumbes, Perú.

a Estudiante de Medicina Humana.

b Médico especialista en pediatría, magíster en Medicina con mención en Pediatría.

*Autor corresponsal.

INTRODUCCIÓN

La atención prenatal, entendida como los cuidados de salud que la madre recibe durante todo su embarazo, tiene como objetivo preservar y mejorar su salud, así como conseguir que el producto de su gestación sea un bebé sano. Esta atención es uno de los ejes centrales en la salud materna; sin embargo, la calidad de este servicio y las tasas de asistencias pueden variar de un país a otro: los países desarrollados presentaron las tasas más altas y los subdesarrollados, las más bajas. Esto se refleja en el aumento de la mortalidad materna y neonatal en estos últimos ^(1,2).

Al ser la atención prenatal un servicio ofrecido por el sistema de salud, debe encontrarse accesible a todas las mujeres durante su gestación; sin embargo, no es así, ya que existen situaciones que obligan a la gestante a faltar a sus controles prenatales ⁽³⁾. Esta inasistencia puede estar relacionada a limitaciones de índole socioeconómica, sociodemográfica o incluso cultural, que pueden influir de manera negativa en la atención prenatal ⁽⁴⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la gestante debe realizarse ocho controles prenatales como mínimo, a fin de disminuir el riesgo de muerte materna y neonatal, además de prevenir complicaciones que se puedan dar antes, durante y después del parto; se recomienda que el primer control prenatal se realice a las doce semanas de gestación, y los siete restantes, en las siguientes semanas ⁽⁵⁾.

Las brechas culturales pueden contribuir a la falta de adherencia a la atención prenatal ⁽⁶⁾. Una de ellas es el machismo ⁽⁷⁾, debido a que en diversas sociedades aún se tienen ideas arraigadas que colocan a la mujer únicamente bajo el papel de madre y de ama de casa. Están supeditadas a la voluntad del hombre, por consiguiente, disminuye su autoestima y anula su capacidad de toma de decisiones ⁽⁸⁾.

Otra brecha importante es la falta de educación, la cual va de la mano con el machismo, ya que, si a la mujer se le niega el derecho de estudiar desde la niñez, traerá como consecuencia una menor capacidad de toma de decisiones, menor valoración en torno a su comunidad y falta de empoderamiento ⁽⁹⁾.

Por último, cabe resaltar que, a pesar de que la salud es un derecho universal, aún existen lugares donde las mujeres no pueden acceder a esta ⁽¹⁰⁾ por diferentes factores que van de la mano no solo con las brechas culturales que representan un reto en la atención ⁽¹¹⁾, sino también por la falta de empatía y respeto que demuestra el personal de salud hacia las gestantes, razón por la cual no asisten o desertan de sus controles prenatales ⁽¹⁾.

Durante la pandemia por COVID-19, dado que las mujeres no podían asistir a sus controles por obvios motivos, diversos países optaron por la atención prenatal en línea con la finalidad de brindar servicios médicos relativamente económicos y disminuir la desigualdad en la atención médica, gracias a su conveniencia y rentabilidad, especialmente en países o regiones en desarrollo ⁽¹²⁾; el impacto sociocultural de esta nueva modalidad de atención aún es motivo de investigación.

La presente revisión narrativa tiene como objetivo exponer una visión actualizada acerca de las brechas socioculturales que limitan la atención prenatal con un enfoque a las etapas previas y posteriores a la pandemia de la COVID-19.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Para la ejecución de esta revisión narrativa, se realizó una búsqueda en las bases de datos en inglés de Pubmed y Scopus, y para la revisión en español se empleó la base de datos de Scielo. Se tomaron en cuenta todos los artículos que fueron publicados hasta el 17 de diciembre del 2022. La búsqueda de términos incluyó las palabras claves sugeridas por el vocabulario controlado Medical Subjects Headings (MeSH) y conectores booleanos ("Cultures" OR "Beliefs" OR "Belief" OR "Customs" OR "Cultural Relativism" OR "Cultural Relativisms" OR "Relativism, Cultural" OR "Relativisms, Cultural" OR "Cultural Background" OR "Background, Cultural" OR "Backgrounds, Cultural" OR "Cultural Backgrounds") AND ("Care, Prenatal" OR "Antenatal Care" OR "Care, Antenatal") Filtros: from 2018-2022. Con los criterios mencionados, se obtuvo 494 resultados, dentro de los que se incluyen 202 artículos pertenecientes a Pubmed, 286 a Scopus y 6 a Scielo. Se empleó la herramienta web para revisiones sistemáticas Rayyan ⁽¹³⁾. Aquellos artículos científicos que contenían información pertinente relacionada a nuestro tema de interés fueron seleccionados; para ello se aplicaron los filtros por título, resumen y texto completo. Como resultado de este proceso se incluyeron 63 artículos para la presente revisión narrativa. Además, se realizó una búsqueda manual en las referencias bibliográficas de los artículos elegibles con el fin de nutrir la literatura para nuestra revisión.

RESULTADOS

Visión actual de la atención prenatal

A lo largo de los siglos, la gestación y el nacimiento han constituido momentos cruciales en la historia de la mujer, no solo por el riesgo que corren durante el proceso, sino por los obstáculos que pueden surgir en la madre y el producto desde la concepción. A pesar de que actualmente se han implementado los servicios de planificación familiar y el acceso libre y gratuito a la anticoncepción, en diversos países aún existen madres jóvenes que asumen esta responsabilidad sin haberla planeado y sin llevar un adecuado control ⁽¹⁴⁾.

Adherencia a la atención prenatal en el contexto sociocultural de países subdesarrollados: una revisión narrativa

La atención prenatal se caracteriza por ser precoz, periódica, continua, integral, se logra con trabajo en equipo y participación de la comunidad y permite la valoración completa de toda gestante en todo momento ⁽¹⁵⁾.

La OMS precisa que ocho controles prenatales, como mínimo, ayudan a disminuir los decesos perinatales hasta en ocho por 1000 nacimientos; el nuevo modelo implementado por este organismo recomienda tener un primer control a las 12 semanas de gestación y los posteriores en las semanas 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 ⁽⁵⁾.

A pesar de toda la implementación, existen brechas que dificultan el acceso a estos servicios, y esto se ve reflejado en las tasas de decesos tanto maternos como neonatales; en países subdesarrollados, la tasa de mortalidad ha bajado un 38 %, sin embargo, diariamente mueren 810 mujeres debido a circunstancias que pudieron prevenirse asociadas a la gestación y al nacimiento ⁽¹⁶⁾.

Adherencia a los controles prenatales

El cumplimiento de los controles prenatales por parte de la madre contribuye a reducir de manera significativa la mortalidad neonatal; sin embargo, otro factor importante es la adherencia a estos, la cual muchas veces se ve afectada por factores socioeconómicos, demográficos, culturales, entre otros ^(17,18).

Así como existen factores que afectan negativamente la adherencia a los controles prenatales, hay otros que favorecen y motivan a las gestantes a recibir sus controles; el principal factor es la humanización. Se dice que la humanización de la atención y la educación prenatal inciden en la adherencia de las gestantes a las consultas y favorecen su seguridad para enfrentar el proceso de embarazo y parto, ya que la gestante que llega con dudas y temores, en un primer momento, logra desarrollar una confianza estable con su médico cuando este le proporciona un trato humanizado ⁽¹⁹⁾.

Igualmente, este trato humanizado logra que la gestante supere sus temores, recupere su autoconfianza, fortalezca su poder de toma de decisiones y sus derechos; en otras palabras, empodera a la gestante y la ayuda a superar las brechas culturales que desmotivan la adherencia a la atención prenatal ^(20,21).

Creencias y costumbres como brecha en la atención prenatal

Muchas mujeres, por sus propias creencias o su entorno social, tienden a pensar que el embarazo no necesita un control o tienen el temor de acudir al consultorio y ser atendidas por un médico varón ^(22,23).

El lugar de procedencia podría influir en la atención, ya que las mujeres de la costa, al ser influenciadas por la

tecnología, llevan un control más adecuado, a diferencia de las mujeres provenientes de la sierra ⁽²²⁾.

Las mujeres utilizan medicina tradicional durante su gestación por diferentes motivos como la protección contra los malos espíritus, el crecimiento del bebé o incluso para acortar el trabajo de parto, esto debido a la multiculturalidad que existe a nivel mundial ⁽²³⁾.

En diferentes países aún existe una minoría de parteras, a donde las mujeres suelen acudir, ya que, por sus creencias, piensan que estas tienen mucha más experiencia que el personal de salud ⁽²⁴⁾. Así es como, en la actualidad, los partos aún ocurren en casa, debido tanto a la desconfianza que tienen del personal de salud como a la tecnología, que ha hecho que muchas gestantes tengan menos probabilidad de buscar atención prenatal ^(25,26).

La falta de educación y el machismo como brechas en la atención prenatal

En los países subdesarrollados, por lo general, las mujeres no asisten a sus controles prenatales debido a varias situaciones. Algunas de ellas son el bajo nivel de instrucción o el analfabetismo, el desconocimiento de la importancia de los controles prenatales, la falta de conocimiento de la sexualidad, lo cual puede asociarse al bajo nivel de instrucción de los padres o a la falta de comunicación por tabús impuestos. En diversas investigaciones, el 50 % de las mujeres tiene solo la secundaria completa ⁽¹⁷⁾.

En lugares como África, donde existe una alta tasa de analfabetismo, hay poca adherencia a los controles prenatales, puesto que muchos estudios expresan que la utilización de los servicios médicos se incrementa junto con el nivel de educación ⁽⁸⁾.

El abandono o la no adherencia al control prenatal se produce porque en la actualidad aún prevalece el machismo, que restringe a las mujeres a dedicarse al quehacer del hogar, actividad que demanda mucho tiempo, más aún si no existe el apoyo de la pareja; además, se suma el cuidado de los hijos. Esta actitud pasiva, silenciosa, dependiente y con restricciones es impuesta por el dominio masculino en su vida diaria ⁽⁸⁾.

El estatus migratorio y la accesibilidad a los servicios de salud como brechas para la atención prenatal

La migración es una brecha importante que se asocia a la falta de adherencia al control prenatal, pues tiene componentes limitantes, como económicos, culturales, de lenguaje, sociales y emocionales ^(27,28). Las familias migrantes deben vencer varios retos, entre ellos, los referidos a la integración en las nuevas sociedades que los acogen ⁽²⁹⁾. Todo ello influye en su situación de salud y en la salud mental ⁽²⁷⁾. Respecto a la atención prenatal, se sabe que las barreras culturales, idiomáticas y de satisfacción fueron

las más frecuentes, tal como lo describieron las familias migrantes⁽³⁰⁾. Por ello se considera importante brindar una atención prenatal que cubra los aspectos culturales, para lo cual se necesita un equipo multidisciplinario de salud capacitado no solo en la práctica clínica, sino también en el tema de multiculturalidad para responder y satisfacer a los usuarios migrantes⁽²⁷⁾.

La brecha de la accesibilidad a los servicios de salud

Se ha descrito que muchas mujeres no acuden a los controles prenatales por la falta de accesibilidad al centro de salud donde pertenecen⁽³¹⁾. La distancia desde su casa al centro de salud, el tiempo de espera prolongado para ser atendidas en los centros de salud, el pertenecer a lugares que no cuentan con un centro de salud en su comunidad y el tener que acudir a otras comunidades, aunados al costo que representa tener que movilizarse⁽³²⁾ y al maltrato por parte del personal de salud contribuyen a que las mujeres no acudan a sus controles prenatales⁽³³⁾; en este último aspecto, se sabe que el lenguaje grosero por parte del personal de salud no solo desalienta a que las gestantes acudan a los controles, sino que desmotiva a que sus parejas las acompañen⁽¹⁾.

Consecuencias de la falta de adherencia al control prenatal en el recién nacido

El control prenatal es una de las herramientas más importantes que el sistema de salud ofrece a las gestantes a nivel mundial, ya que garantiza un embarazo supervisado de manera meticulosa. Permite un trabajo de parto y nacimiento en las condiciones óptimas posibles, sin riesgo de secuelas físicas o psicológicas para el bebé como para la madre^(34,35).

Sin embargo, a pesar de que los controles prenatales son una prioridad en los diferentes centros de salud, un gran número de gestantes, particularmente las adolescentes o pertenecientes a países en desarrollo, tienen más riesgo de no acceder o no adherirse a la atención prenatal brindada^(34,35). Diversos son los factores asociados a dicha falta de adherencia, entre los cuales resaltan principalmente los socioculturales, que limitan el acercamiento a los centros de salud y dificultan la detección precoz de alteraciones obstétricas y, por ende, del tratamiento adecuado; así se incrementa el riesgo de complicaciones, tanto neonatales como maternas⁽³⁶⁾.

Se ha demostrado que un menor número de controles prenatales (menos de cuatro), así como controles inadecuados son factores de riesgo para un parto prematuro, además de niños con bajo peso al nacer, principalmente, seguidos de un aumento del riesgo de presentar síndrome de insuficiencia respiratoria⁽¹⁾.

Si bien el riesgo de mortalidad neonatal es leve y depende poco del número de controles, es importante considerar

la posibilidad de su ocurrencia, de tal manera que se pueda demostrar los beneficios que conlleva una correcta adherencia a los controles prenatales⁽³⁶⁾.

Consecuencias de la falta de adherencia al control prenatal en la madre

En la actualidad son escasas las investigaciones que abordan las consecuencias asociadas a la falta de asistencia al control prenatal o control prenatal inadecuado a nivel mundial en el contexto de la infección causado por el SARS-CoV-2. En los últimos tres años, debido al alto riesgo de infección, los centros hospitalarios se han abocado a la atención de enfermos por COVID-19, y han dejado a un lado los múltiples sistemas de atención ya consolidados como el de atención prenatal, lo que ha traído como consecuencia una falta de adherencia al control prenatal^(12,37-39).

En las encuestas demográficas y de salud (DHS) realizadas en la República Democrática del Congo, Egipto, Ghana, Nigeria y Zimbabue, se estratificaron tres grupos socioeconómicos: pobre, medio y rico; el rico muestra un mayor acceso y utilización de los servicios de salud materna, pero en el caso de las mujeres embarazadas de categoría pobre, hay una falta de adherencia al control prenatal, por consiguiente, llegan a desarrollar patologías cardiovasculares realmente mortales^(9,40,41).

La literatura menciona que, en los países como Nigeria, las mujeres embarazadas que muestran falta de adherencia al control prenatal desarrollan enfermedades hipertensivas tales como la preeclampsia y la eclampsia⁽⁴¹⁾. Por otro lado, un control prenatal inadecuado por parte del personal de salud puede llevar a pasar por alto patologías como la vaginitis aeróbica, y así provocar complicaciones graves, especialmente durante el embarazo, como sepsis puerperal y muertes maternas; la inadecuada higiene por parte de las embarazadas también se relaciona con el desarrollo de estas patologías⁽⁴²⁾.

Apoyar a las embarazadas para conseguir un aumento de peso gestacional adecuado es un desafío de salud global. Por otro lado, se ha observado que el aumento excesivo de peso se asocia con resultados adversos para la salud materna a corto y largo plazo⁽⁴³⁾.

DISCUSIÓN

A nivel mundial mueren 303 000 mujeres cada año, en países de bajos ingresos, por causas prevenibles relacionadas con la gestación y el parto⁽⁴⁴⁾. Además, al evaluar la situación de morbilidad materna en América Latina y el Caribe, en el 2015 se han producido 7600 muertes maternas, causadas principalmente por hipertensión y hemorragias posparto^(44,45).

La presente revisión nos permite evidenciar que, a la

fecha, existen brechas socioculturales que se arrastran de siglos atrás y no han podido erradicarse, especialmente en países en vías de desarrollo, como el machismo, problema que ocasiona en la mujer estados de depresión y un déficit de empoderamiento, y genera una disminución en la toma de las propias decisiones; por otra parte, en las familias repercute directamente sobre el bebé, dado que se forma un rechazo afectivo hacia él ⁽⁴⁶⁾; mientras que, en lo concerniente a la sociedad, genera que las mujeres busquen ayuda para su supervivencia, sin encontrar respuesta alguna ⁽⁴⁷⁻⁵⁰⁾. Asimismo, las brechas educativas en la mujer, como el bajo nivel de instrucción, el desconocimiento de la atención prenatal y la falta de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, la sitúan en un nivel bajo de empoderamiento en la sociedad, tanto desde el punto de vista económico como en la toma de decisiones dentro de la familia y la comunidad ^(1,51,52).

Al mismo tiempo, han surgido nuevas brechas que dificultan la atención de las madres gestantes, especialmente el fenómeno migratorio, el cual se puede explicar en estos países debido a problemas económicos o conflictos políticos, como es el caso de Siria, Turquía y Líbano; hay muchos países, como Alemania, en los cuales el fenómeno migratorio ha ocasionado un mayor impacto en la salud como, por ejemplo, la falta de atención o el descuido en la salud de la gestante migrante ^(22,53).

Las consecuencias de la falta de adherencia en la población de recién nacidos son ostensibles debido a que en países como India, Etiopía, Myanmar y los países sudafricanos, las tasas de mortalidad se mantienen altas si los comparamos con países como Nepal ^(8,16,54).

Igualmente, la falta de asistencia de la madre a sus controles prenatales ha ocasionado diversas complicaciones durante todo el proceso de gestación, parto y puerperio, poniendo su vida en potencial riesgo; por consiguiente, la morbilidad e incluso la mortalidad materna son conceptos relacionados estrechamente con el déficit de dichos controles ⁽⁵⁵⁻⁶⁰⁾.

El fenómeno de la pandemia es aún desconocido en el ámbito del impacto en los programas que tienen como objetivo la salud perinatal. Hay algunos reportes que manifiestan que dichos programas se han suprimido debido a la cuarentena y al estado de aislamiento social, lo cual ha generado una limitación en el acceso a la atención prenatal ⁽⁵¹⁾. De igual forma, también se da a conocer que la falta de conocimiento y los conceptos equivocados sobre la enfermedad COVID-19 afectan de manera negativa el acceso a la salud materna y prenatal ^(51,60-64).

CONCLUSIONES

El conjunto de creencias, tradiciones e ideas que caracterizan a un lugar y a su población es la acepción

de cultura. Cada una de estas características enriquece a cada población, sin embargo, pueden obstaculizar el acceso a los servicios de salud. Desde el punto de vista de la atención prenatal, se sabe que es de suma importancia contar con este servicio para el correcto desarrollo del feto y del recién nacido; a su vez, repercute en la salud de la gestante y la puerpera.

Las mujeres no acuden a sus controles prenatales basadas en las costumbres y tradiciones de sus comunidades, así como en factores asociados a los servicios de salud, tales como la falta de accesibilidad, no solo por factores como la distancia o las barreras idiomáticas y costumbristas; a ello se suma la falta de empatía del personal de salud. Es urgente tener una visión global sobre cuáles son todas las barreras que dificultan una atención prenatal adecuada, ello permitirá trabajar en los puntos necesarios para mejorar la atención que reciben las gestantes y sus bebés.

Se recomienda educar a la población sobre la importancia de la atención prenatal; asimismo, es necesario una mayor capacitación para el personal de salud, que deberá conocer las costumbres y tradiciones de cada paciente. De esta manera, se respetará la posición de la paciente y se le brindará ayuda sin menoscabar su ideología.

El presente artículo muestra que, en la actualidad, las brechas culturales en la atención prenatal son las creencias y costumbres, la falta de educación, el machismo, la accesibilidad a los servicios de salud y el estado migratorio. Estas brechas dificultan una atención integral, que cada una de las pacientes merece a fin de evitar futuras complicaciones maternas y neonatales.

Contribución de los autores: Los autores son responsables del contenido del artículo. Desarrollaron conjunta y proporcionalmente tanto la argumentación como la redacción del artículo. No existen consideraciones de tipo ético y de confidencialidad de datos, dado que es un artículo de revisión.

Fuentes de financiamiento: Los autores han financiado este artículo.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bekele YA, Tafere TE, Emiru AA, Netsere HB. Determinants of antenatal care dropout among mothers who gave birth in the last six months in BAHIR Dar ZURIA WOREDA community; mixed designs. BMC Health Serv Res. 2020;20(1):846.
2. Downe S, Finlayson K, Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM. Provision and uptake of routine antenatal services: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database Syst Rev. 2019;6(6):CD012392.

3. Davis J, Vaughan C, Nankinga J, Davidson L, Kigodi H, Alalo E, et al. Expectant fathers' participation in antenatal care services in Papua New Guinea: a qualitative inquiry. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):138.
4. Siekmans K, Roche M, Kung'u JK, Desrochers RE, De-Regil LM. Barriers and enablers for iron folic acid (IFA) supplementation in pregnant women. *Matern Child Nutr*. 2018;14(Suppl 5):e12532.
5. Organización Mundial de la Salud. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado [Internet]. Ginebra: OMS. 2016 [citado 25 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
6. Roed MB, Stadskeiv IM, Mangeni R, Namata I. Women's experiences of maternal and newborn health care services and support systems in Buikwe District, Uganda: A qualitative study. *PLoS One*. 2021;16(12):e0261414.
7. Wallace HJ, McDonald S, Belton S, Miranda AI, da Costa E, Matos LDC, et al. The decision to seek care antenatally and during labour and birth - Who and what influences this in Timor-Leste? A qualitative project exploring the perceptions of Timorese women and men. *Midwifery*. 2018;65:35-42.
8. Tsegaye B, Ayalew M. Prevalence and factors associated with antenatal care utilization in Ethiopia: an evidence from demographic health survey 2016. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):528.
9. Dimbuene ZT, Amo-Adjei J, Amugsi D, Mumah J, Izugbara CO, Beguy D. Women's education and utilization of maternal health services in Africa: A multi-country and socioeconomic status analysis. *J Biosoc Sci*. 2018;50(6):725-48.
10. Tsegaye ZT, Abawollo HS, Desta BF, Mamo TT, Heyi AF, Mesele MG, et al. Contributing barriers to loss to follow up from antenatal care services in villages around Addis Ababa: a qualitative study. *BMC Womens Health*. 2021;21(1):140.
11. Kazi AK, Rowther AA, Atif N, Nazir H, Atiq M, Zulfiqar S, et al. Intersections between patient-provider communication and antenatal anxiety in a public healthcare setting in Pakistan. *PLoS One*. 2021;16(2):e0244671.
12. Wu H, Sun W, Huang X, Yu S, Wang H, Bi X, et al. Online antenatal care during the COVID-19 pandemic: Opportunities and challenges. *J Med Internet Res*. 2020;22(7):e19916.
13. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 2016;5(1):210.
14. Alanazy W, Rance J, Brown A. Exploring maternal and health professional beliefs about the factors that affect whether women in Saudi Arabia attend antenatal care clinic appointments. *Midwifery*. 2019;76:36-44.
15. Peahl AF, Howell JD. The evolution of prenatal care delivery guidelines in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 2021;224(4):339-47.
16. Abebe H, Beyene GA, Mulat BS. Harmful cultural practices during perinatal period and associated factors among women of childbearing age in Southern Ethiopia: Community based cross-sectional study. *PLoS One*. 2021;16(7):e0254095.
17. Escañuela T, Linehan L, O'Donoghue K, Byrne M, Meaney S. Facilitators and barriers to seeking and engaging with antenatal care in high-income countries: A meta-synthesis of qualitative research. *Health Soc Care Community*. 2022;30(6):e3810-28.
18. Erasmus MO, Knight L, Dutton J. Barriers to accessing maternal health care amongst pregnant adolescents in South Africa: a qualitative study. *Int J Public Health*. 2020;65(4):469-76.
19. Mathias CT, Mianda S, Ginindza TG. Facilitating factors and barriers to accessibility and utilization of kangaroo mother care service among parents of low birth weight infants in Mangochi District, Malawi: a qualitative study. *BMC Pediatr*. 2020;20(1):355.
20. Asim M, Hameed W, Saleem S. Do empowered women receive better quality antenatal care in Pakistan? An analysis of demographic and health survey data. *PLoS One*. 2022;17(1):e0262323.
21. Yaya S, Bishwajit G, Ekholuenetale M, Shah V, Kadjo B, Udenigwe O. Timing and adequate attendance of antenatal care visits among women in Ethiopia. *PLoS One*. 2017;12(9):e0184934.
22. Milkowska-Shibata MA, Aye TT, Yi SM, Oo KT, Khaing K, Than M, et al. Understanding barriers and facilitators of maternal health care utilization in central Myanmar. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1464.
23. Oscarsson MG, Stevenson-Ågren J. Midwives experiences of caring for immigrant women at antenatal care. *Sex Reprod Healthc*. 2020;24:100505.
24. Olivier J, Diarra A, Moha M. Travelling models and the challenge of pragmatic contexts and practical norms: the case of maternal health. *Health Res Policy Syst*. 2017;15(Suppl 1):60.
25. Mudonhi N, Njabulo W. Traditional practitioners and nurses' perspectives on traditional medicine utilisation during antenatal care in Matabeleland south province, Zimbabwe. *Health Serv Insights*. 2021;14:1-10.
26. Kennedy AA, Affah J, Abotsem GA. Why do women attend antenatal care but give birth at home? a qualitative study in a rural Ghanaian District. *PLoS One*. 2021;16(12):e0261316.
27. Garnica-Rosas L, Granich-Armenta A, Guerra G, Sánchez-Dominguez M, Lamadrid-Figueroa H. Perinatal outcomes among Venezuelan immigrants in Colombia: a cross-sectional study. *J Immigr Minor Health*. 2021;23(5):976-85.
28. Mangrio E, Persson K. Immigrant parents' experience with the Swedish child health care system: A qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2017;18(1):32.
29. Curtis E, Jones R, Tipene-Leach D, Walker C, Loring B, Paine S, et al. Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: A literature review and recommended definition. *Int J Equity Health*. 2019;18(1):174.
30. Fentaw KD, Fenta SM, Biresaw HB, Yalem MM. Factors associated with post-neonatal mortality in Ethiopia: Using the 2019 Ethiopia mini demographic and health survey. *PLoS One*. 2022;17(7):e0272016.
31. Johnsen H, Ghavami Kivi N, Morrison CH, Juhl M, Christensen U, Villadsen SF. Addressing ethnic disparity in antenatal care: a qualitative evaluation of midwives' experiences with the MAMA ACT intervention. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):118.
32. Warri D, George A. Perceptions of pregnant women of reasons for late initiation of antenatal care: A qualitative interview study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):70.
33. Maluka SO, Joseph C, Fitzgerald S, Salim R, Kamuzora P. Why do pregnant women in Iringa region in Tanzania start antenatal care late? A qualitative analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):126.
34. Miller P, Afulani PA, Musange S, Sayingoza F, Walker D. Person-centered antenatal care and associated factors in Rwanda: a secondary analysis of program data. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):290.
35. Gamberini C, Angeli F, Ambrosino E. Exploring solutions to improve antenatal care in resource-limited settings: an expert consultation. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):449.
36. Barton JR, Saade GR, Sibai BM. A proposed plan for prenatal care to minimize risks of COVID-19 to patients and providers: focus on hypertensive disorders of pregnancy. *Am J Perinatol*. 2020;37(8):837-44.
37. Sripad P, Kirk K, Adoyi G, Dempsey A, Ishaku S, Warren CE. Exploring survivor perceptions of pre-eclampsia and eclampsia in Nigeria through the health belief model. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):431.
38. Vega-González EO, Arnao-Degollar V, García-Cajaleón J. Complications in pregnant women with a positive diagnosis of COVID-19. *Ginecol Obstet Mex*. 2021;89(11):857-64.
39. Wang N, Deng Z, Wen LM, Ding Y, He G. Understanding the use of smartphone apps for health information among pregnant Chinese women: mixed methods study. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2019;7(6):e12631.

Adherencia a la atención prenatal en el contexto sociocultural de países subdesarrollados: una revisión narrativa

40. Du L, Gu Y, Cui MQ, Li WX, Wang J, Zhu LP, et al. Investigation on demands for antenatal care services among 2002 pregnant women during the epidemic of COVID-19 in Shanghai. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2020;55(3):160-5.
41. Nguyen ATC, Le Nguyen NT, Hoang TTA, Nguyen TT, Tran TTQ, Tran DNT, et al. Aerobic vaginitis in the third trimester and its impact on pregnancy outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):432.
42. Fealy S, Jones D, Davis D, Hazelton M, Foureur M, Attia J, et al. Pregnancy weight gain a balancing act: The experience and perspectives of women participating in a pilot randomised controlled trial. *Midwifery*. 2022;106:103239.
43. Barros LJ, Velasco EF. Factores asociados a la falta de control prenatal en América Latina y su relación con las complicaciones obstétricas. *Enferm Investiga*. 2022;7(1):58-66.
44. Bitew T, Keynejad R, Honikman S, Sorsdahl K, Myers B, Fekadu A, et al. Stakeholder perspectives on antenatal depression and the potential for psychological intervention in rural Ethiopia: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):371.
45. Percat A, Elmerstig E. "We should be experts, but we're not": Sexual counselling at the antenatal care clinic. *Sex Reprod Healthc*. 2017;14:85-90.
46. Gülmezoglu AM, Ammerdorffer A, Narasimhan M, Wilson AN, Vogel JP, Say L, et al. Self-care and remote care during pregnancy: a new paradigm? *Health Res Policy Syst*. 2020;18(1):107.
47. Matsuda Y. Actor-Partner Interdependence Model Analysis of Sexual Communication and Relationship/Family Planning Factors Among Immigrant Latino Couples in the United States. *Health Commun*. 2017;32(5):612-20.
48. Carpio-Arias TV, Verdezoto N, Guijarro-Garvi M, Abril-Ulloa V, Mackintosh N, Eslambolchilar P. Healthcare professionals' experiences and perceptions regarding health care of indigenous pregnant women in Ecuador. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):101.
49. Jinga N, Mongwenyana C, Moolla A, Maletse G, Onoya D. Reasons for late presentation for antenatal care, healthcare providers' perspective. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):1016.
50. Sumankuuro J, Mahama M, Crockett J, Wang S, Young J. Narratives on why pregnant women delay seeking maternal health care during delivery and obstetric complications in rural Ghana. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):206.
51. Merry L, Villadsen SF, Sicard V, Lewis-Hibbert N. Transnationalism and care of migrant families during pregnancy, postpartum and early-childhood: an integrative review. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):778.
52. Seidel V, Gürbüz B, Großkreutz C, Vortel M, Borde T, Rancourt RC, et al. The influence of migration on women's use of different aspects of maternity care in the German health care system: Secondary analysis of a comparative prospective study with the Migrant Friendly Maternity Care Questionnaire (MFMCQ). *Birth*. 2020;47(1):39-48.
53. Paudel YR, Jha T, Mehata S. Timing of First Antenatal Care (ANC) and Inequalities in Early Initiation of ANC in Nepal. *Front Public Health*. 2017;5:242.
54. Asrina A. Utilization of Mother and Child Health Services in Bajo Transport in the Coastal Area of Hakakutobu Village Pomalaa District. *Indian J Public Health Res Dev*. 2022;10(10):1554-58.
55. Hoyos-Vertel LM, Muñoz L. Barreras de acceso a controles prenatales en mujeres con morbilidad materna extrema en Antioquia, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2019;21(1):17-21.
56. Holcomb DS, Pengetnze Y, Steele A, Karam A, Spong C, Nelson DB. Geographic barriers to prenatal care access and their consequences. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2021;3(5):100442.
57. Rivera LM, Burgos NH, Gómez JZ, Moquillaza VH. Factores asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Hualay, Chancay, Perú. *Ana Fac Med*. 2018;79(2):131-137.
58. Sartika AN, Khoirunnisa M, Meiyetiani E, Ermayani E, Pramethi IL, Nur AJ. Prenatal and postnatal determinants of stunting at age 0-11 months: A cross-sectional study in Indonesia. *PLoS One*. 2021;16(7):e0254662.
59. Sebens Z, Williams AD. Disparities in early prenatal care and barriers to access among American Indian and white women in North Dakota. *J Rural Health*. 2022;38(2):314-22.
60. Novick G, Womack JA, Sadler LS. Beyond Implementation: Sustaining Group Prenatal Care and Group Well-Child Care. *J Midwifery Womens Health*. 2020;65(4):512-19.
61. Giuliani F, Oros D, Gunier RB, Deantoni S, Rauch S, Casale R, et al. Effects of prenatal exposure to maternal COVID-19 and perinatal care on neonatal outcome: results from the INTERCOVID Multinational Cohort Study. *Am J Obstet Gynecol*. 2022;(3):488.e1-17.
62. Kotlar B, Gerson EM, Petrillo S, Langer A, Tiemeier H. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. *Reprod Health*. 2021;18(1):10.
63. Castro P, Matos AP, Werner H, Lopes PL, Tonni G. Covid-19 and Pregnancy: An Overview. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020;42(7):420-6.
64. Morgan A, Goodman D, Vinagolu-Baur J, Cass I. Prenatal telemedicine during COVID-19: patterns of use and barriers to access. *JAMIA Open*. 2022;5(1):o0ab116.

Correspondencia:

Nicole Grimanesa Zapata Maza

Dirección: Mz B Lt 03 Urbanización "José Lishner Tudela".
Tumbes, Perú.

Teléfono: (+51) 999 630 623

Correo electrónico: 190151181@untumbes.edu.pe

Recibido: 30 de marzo de 2023

Evaluado: 09 de mayo de 2023

Aprobado: 05 de junio de 2023

© La revista. Publicado por la Universidad de San Martín de Porres, Perú.

 Licencia de Creative Commons. Artículo en acceso abierto bajo términos de Licencia Creative Commons. Atribución 4.0 Internacional. (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

ORCID iD

Dayanna Lucia Dioses Fernández

 <https://orcid.org/0000-0002-7808-051X>

Cristhian Armand Corzo Sosa

 <https://orcid.org/0000-0003-2759-2352>

Jordan Josué Zarate García

 <https://orcid.org/0000-0002-5447-2746>

Vanessa Alejandra Vizcarra Gonzales

 <https://orcid.org/0000-0001-6417-0365>

Nicole Grimanesa Zapata Maza

 <https://orcid.org/0000-0003-2547-2613>

Miriam Arredondo-Nontol

 <https://orcid.org/0000-0001-6269-7593>