

FACTORES ASOCIADOS A LA INASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL  
DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE EN MUJERES GESTANTES DE LA ESE  
SAN SEBASTIÁN LA PLATA HUILA 2009

LINA PAOLA ESCOBAR FIESCO  
LYDA LUCERO GUZMAN  
RAMIRO CORDOBA

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA  
NEIVA  
2011

FACTORES ASOCIADOS A LA INASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL  
DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE EN MUJERES GESTANTES DE LA ESE  
SAN SEBASTIÁN LA PLATA HUILA 2009

LINA PAOLA ESCOBAR FIESCO  
LYDA LUCERO GUZMAN  
RAMIRO CORDOBA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Especialista en  
Epidemiología.

Asesor  
Dr. JORGE VICTORIA  
Médico Especialista en Epidemiología

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA  
NEIVA  
2011

**Nota de aceptación:**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

-----  
Firma del presidente del jurado

-----  
Firma del jurado

-----  
Firma del jurado

Neiva, Agosto del 2011

## **DEDICATORIA**

A Dios, a nuestros padres, a nuestros hijo(a) por sus esfuerzos, por estimularnos a alcanzar mayores logros, por creer en nosotros y por brindarnos un respaldo muy valioso durante la realización de esta investigación.

LIDA LUCERO  
LINA PAOLA  
RAMIRO

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Al asesor de la investigación Doctor Jorge Victoria, Especialista en Epidemiología y docente de la Universidad Surcolombiana, por su constante apoyo y sus valiosas orientaciones.

A la ESE San Sebastián del Municipio de La Plata Huila, por facilitarnos la información necesaria para llevar a cabo la investigación objeto de estudio.

A todos los participantes ,mil gracias.....

## CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
INTRODUCCIÓN	13
1. JUSTIFICACION	14
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
3. OBJETIVOS	17
3.1 OBJETIVO GENERAL	17
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
4. MARCO REFERENCIAL	18
5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	26
5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	26
5.1.1 Lugar	26
5.1.2 Población	27
5.1.3 Muestra	27
5.2 DEFINICIONES OPERATIVAS	27
5.3 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	28
5.4 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	28
5.5 CODIFICACION Y TABULACION	28
5.6 FUENTES DE INFORMACION	28
5.7 PLAN DE ANALISIS DE LOS RESULTADOS	29
5.8 CONSIDERACIONES ETICAS	29
6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	30

		<b>Pág.</b>
7.	PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS	31
7.1	ANALISIS UNIVARIADO	31
7.2	ANALISIS BIVARIADO	35
8.	DISCUSIÓN	41
9.	CONCLUSIONES	44
10.	RECOMENDACIONES	45
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	46
	BIBLIOGRAFIA	51
	ANEXOS	54

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1.</b> Características Socio demográficas de las gestantes que asistieron al primer control prenatal en la ESE San Sebastián del municipio de la Plata – Huila desde septiembre a diciembre del año 2009	31
<b>Tabla 2.</b> Características Ginecoobstétricas de las gestantes que asistieron al primer control prenatal en la ESE San Sebastián de la Plata – Huila desde septiembre a diciembre del año 2009	33
<b>Tabla 3.</b> Modelo bivariado de los factores de riesgo socio demográficos asociados al inicio tardío de los controles prenatales en la ESE San Sebastián del municipio de la Plata – Huila, en el periodo comprendido entre los meses de Septiembre y Diciembre de 2009.	35
<b>Tabla 4.</b> Modelo Bivariado de los Factores de Riesgo Ginecoobstétricos asociados al inicio tardío de los Controles Prenatales en La ESE San Sebastián del municipio de la Plata Huila en el periodo comprendido entre los meses de Septiembre y Diciembre de 2009	38
<b>Tabla 5.</b> Factores de riesgo Ginecoobstétricos asociados al inicio tardío de los controles prenatales en la ESE San Sebastián del municipio de la Plata Huila en el periodo comprendido entre los meses de septiembre y diciembre de 2009	39

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
<b>Anexo A.</b> Formato recolección de datos Factores Asociados a la Inasistencia al control prenatal durante el primer trimestre en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián La Plata Huila	55
<b>Anexo B.</b> Cronograma de actividades para la realización y presentación del proyecto.	57
<b>Anexo C.</b> Tablas de presupuesto por fuentes de financiación	58
<b>Anexo D.</b> SESGOS	61
<b>Anexo E.</b> Actividades	62

## RESUMEN

**Introducción:** La mortalidad materna es un problema de salud pública que afecta la mayoría de países en vías de desarrollo y produce un gran impacto familiar, social y económico. El control prenatal es un sistema de consulta que evalúa la progresión del embarazo y permite disminuir la mortalidad materna y perinatal porque ayuda a detectar factores de riesgo. Dentro de las metas de cumplimiento para el régimen subsidiado y contributivo a nivel nacional se espera que la captación antes de la semana 14 de gestación este en el 90% y en el 85% según el régimen de salud.

Al observar el condensado del programa de salud sexual y reproductiva del departamento del Huila en el municipio de la plata, es de resaltar que la captación en el primer trimestre al control prenatal en los años 2004 a 2009 son inferiores al 60 %, menos del 90% establecido. Objetivo General. La presente investigación tiene como Objetivo General Determinar los factores asociados con la inasistencia al control prenatal durante el primer trimestre en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián de la Plata, Huila.

**Metodología:** La población del estudio fue el total de Mujeres gestantes inscritas al CPN en la ESE San Sebastián del municipio de la Plata Huila que asistieron en el periodo comprendido entre Septiembre-Diciembre del 2009.

**Materiales y Metodos:** Se realizó un estudio analítico de casos y controles, La recolección de la información se registró directamente en una base de datos en Excel 2007, y fue procesada en el programa SPSS versión 19 para Windows. Se estudiaron 139 casos de gestantes con inicio tardío de los controles prenatales y 149 controles, se realizó el análisis univariado y bivariado mediante el paquete estadístico SPSS versión 19 para Windows. Para estimar el riesgo de inicio tardío a los controles prenatales asociado a los diferentes factores de riesgo se calculó la razón de productos cruzados u Odds Ratio (OR) como aproximación del riesgo relativo e intervalos de confianza (IC) al 95%.

**Resultados:** La edad de las 288 gestantes que acudieron a control prenatal oscilaron entre los 14 y 45 años con promedio de  $24,04 \pm 6,7$  años y una mediana de 23. En cuanto al régimen de afiliación al sistema de salud, se logró establecer que un poco más de las tres cuartas partes de la gestantes (77,1%) pertenecían al Subsidiado, en tanto que las restantes (22,9%) a la población pobre y vulnerable no cubierta con subsidios a la demanda (vinculados). El nivel educativo de las

gestantes evidenció que un 57,6% tiene como máximo la primaria completa, un 35,5% han ingresado a nivel de secundaria, aunque solo la mitad de ellos han culminado sus estudios; y tan solo el 1,7% ha ingresado a la universidad. La distribución por área de residencia de las gestantes determinó que las tres cuartas partes de de la población eran procedentes del área rural, en tanto que la cuarta parte restante eran de la urbana.

Al analizar el riesgo relativo, medido por el OR, se encontró significancia estadística para el grupo menor de 20 años. Se encontró que tener estudios Superiores a primaria actúa como un factor protector, estadísticamente significativo para las que lograron terminar la secundaria. (OR=1,85, I.C 95%= 1,05-3,14 p=0,015). El riesgo de iniciar control prenatal en forma tardía fue 1,56 veces mayor en las mujeres del área rural frente a las del área urbana, aunque no fue estadísticamente significativo (OR=1,56; I.C:95%: 0,87-2,79; p-valor 0,111).

Al analizar los riesgos relativos de los antecedentes ginecoobstétricos se observó que solamente fue estadísticamente significativo en el intervalo de 4 a 6 gestaciones en quienes el riesgo de asistir tardíamente a los controles prenatales fue 2,5 veces mayor frente a las que lo hicieron en forma temprana (I.C 95%: 1,15-5,52; p-valor: 0,011).

**Conclusiones:** Se asocian al inicio tardío de los controles prenatales en la ESE San Sebastián de la Plata, factores sociodemográficos: Embarazo en adolescente, bajo nivel educativo; factores ginecoobstetricos: mujeres con 4 a 6 embarazos previos.

**Palabras claves:** Control prenatal, estudio de casos y controles.

## ABSTRACT

**Introduction:** maternal mortality is a serious public health problem that affects most of world's poorest countries and has a great impact on the family, social and economic development. In order to reduce the maternal mortality rate highlights the importance of improving the coverage and quality of care in pregnant women, to implement mechanisms that allow for early capture, identify and treat biological and psychosocial risks and implement mechanisms to facilitate access to health services by pregnant women. to determine factors associated with failure to report quarter of prenatal care in pregnant women in the ESE San Sebastian Plata Huila 2009.

**Materials and Methods:** we performed an analytical study of cases and controls with the medical records of pregnant women registered for antenatal care at ESE San Sebastian Plata Huila attended before and after 14 weeks of gestation in the period September to December 2009. The collection of information is recorded directly into a database in Excel 2007 processed in SPSS version 19. We performed univariate and bivariate analysis with the 139 cases studied in pregnant women with late onset of prenatal care and 149 controls.

**Results:** Univariate analysis indicated that the ages of the 288 pregnant women attending antenatal care ranged from 14 to 45 years. It was established that 77.1% of pregnant women belonging to the subsidized regime. The distribution by area of residence of pregnant women found that three quarters of the population from rural areas. In analyzing the relative risks of prior gynecobstetrical in the bivariate analysis showed that in pregnant women with 4 to 6 risk pregnancies attending the antenatal care late was 2.5 times higher compared with those who did so early.

**Conclusion:** being pregnant teenager, unmarried status, low educational level and multiparous women with four (04) to six (06) previous pregnancies or children are, respectively, and sociodemographic factors associated ginecoobstétricos late onset of prenatal care.

**Keywords:** Prenatal care, case-control study





## INTRODUCCION

La mortalidad materna es un problema de salud pública que afecta a la mayoría de países pobres del mundo. En el municipio de La Plata durante el año 2008 se atendieron a 816 mujeres gestantes, de las cuales 450 no asistieron a los controles del primer trimestre del embarazo, lo cual equivaldría al 55.14% de las gestantes atendidas. Se desconocen las razones por las cuales las gestantes no acuden oportunamente a los controles prenatales y no existen evidencias que documenten los factores que pueden estar asociados, por esta razón se ha planteado el siguiente interrogante: ¿Cuáles son los principales factores asociados a la inasistencia al primer trimestre de control prenatal en mujeres gestantes de La ESE San Sebastián de La Plata Huila?, ante lo anteriormente expuesto el proyecto presenta una revisión teórica sobre la importancia de los controles prenatales, la norma sobre la política pública en salud y los estudios que sobre este tema se han hecho en el Departamento del Huila.

El control prenatal es un sistema de consultas que evalúa la progresión normal del embarazo y permite detectar precozmente a través de la clínica, el laboratorio y la ecografía la aparición de problemas maternos y/o fetales que podrían deteriorar la salud maternofetal. El control prenatal es considerado como una de las medidas más importantes para preservar la salud del binomio madre e hijo y se ha podido demostrar que contribuyen a disminuir la mortalidad materna y perinatal debido a que acudir en forma temprana a los controles prenatales ayuda a detectar signos de alarma y factores de riesgo oportunamente.

La asistencia de las gestantes al programa de detección temprana de alteraciones del embarazo es una de las medidas más importantes para preservar la salud materno fetal a nivel nacional e internacional. Mejorar la cobertura y calidad de la atención en las gestantes, implementar mecanismos que permitan su captación temprana, identificar y tratar riesgos biológicos y psicosociales e implementar mecanismos para facilitar el acceso a los servicios de salud de las gestantes son estrategias en salud que nos permiten disminuir la mortalidad materna.

Determinar los factores asociados con la inasistencia al primer trimestre de control prenatal en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián de la Plata, Huila en el año 2009 nos permite identificar y analizar los factores sociodemográficos y ginecoobstétricos determinantes de la baja captación de las gestantes durante el primer trimestre de embarazo en esta población y permite realizar estrategias y actividades dirigidas a aumentar la captación de las gestantes y la adherencia al programa de control prenatal de la ESE San Sebastián de la Plata Huila.

## 1. JUSTIFICACION

La mortalidad materna es un grave problema de salud pública que afecta a la mayoría de países pobres del mundo y tiene un gran impacto familiar, social y económico. Según la OMS en su informe sobre mortalidad materna publicado en el 2004, estimó que en el 2000 murieron 529.000 mujeres por complicaciones en el embarazo, en el parto y el puerperio, Menos del 1% de esas muertes ocurrieron en países desarrollados, lo que sugiere que estas muertes pueden ser evitadas si se dispone de recursos y servicios de salud adecuados.

El control prenatal es un sistema de consultas que evalúa la progresión normal del embarazo y descubre precozmente a través de la clínica, el laboratorio y la ecografía la aparición de problemas maternos y/o fetales que podrían presentarse; este es considerado como una de las medidas más importantes para preservar la salud del binomio madre e hijo y se ha podido demostrar que contribuyen a descender la mortalidad materna y perinatal puesto que acudir en forma temprana a los controles prenatales ayuda a detectar signos de alarma y factores de riesgo oportunamente.

El plan Nacional de salud pública para el cuatrienio 2007-2010 incluye como una prioridad la salud sexual y reproductiva, dentro de ella se cita la importancia de mejorar la cobertura y calidad de la atención en las gestantes, implementar mecanismos que permitan su captación temprana, identificar y tratar riesgos biológicos y psicosociales e implementar mecanismos para facilitar el acceso a los servicios de salud de las embarazadas de zonas rurales y de conflicto armado con el fin de disminuir la tasa de mortalidad materna.

En el departamento del Huila, en el municipio de la Plata en el año 2008 se atendieron a 816 mujeres gestantes, de las cuales 450 no asistieron a los controles del primer trimestre de embarazo, lo cual equivaldría al 55.14%. Se desconoce las razones por las cuales las gestantes no acuden oportunamente a los controles prenatales y no existen evidencias que documenten los factores que pueden estar asociados.

De lo mencionado anteriormente se hace necesario indagar en primera instancia sobre los factores asociados a la inasistencia a los controles del primer trimestre de embarazo, como: factores demográficos, socioculturales, de las embarazadas principalmente de la ESE San Sebastián de la Plata. Razón por la cual se ha planteado el siguiente interrogante, que será el objeto de estudio de la presente investigación:

*¿Cuáles son los principales factores asociados a la inasistencia al primer trimestre de control prenatal en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián de la Plata Huila?*

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S), ha propuesto cuatro controles prenatales durante la gestación, iniciando alrededor de la semana 12 y los subsiguientes en las semanas 26, la 32 y 36 a la 38 <sup>1</sup>.

En Colombia se estableció como norma para la atención de gestantes la captación temprana después de la primera falla menstrual y antes de la semana 12 de gestación, con consultas mensuales de seguimiento por médico o enfermera hasta la semana 36 y luego cada 15 días hasta el parto.

Las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud - EPS, las administradoras de riesgos profesionales - ARP, los prestadores de servicios de salud -IPS, deben fomentar estrategias para la asistencia de las gestantes en forma temprana al control prenatal.

Al observar el condensado del programa de salud sexual y reproductiva del departamento del Huila en el municipio de la plata en los años 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009; se observa que la captación en el primer trimestre para el año 2004 fue 53,9%, para el 2005 la captación fue del 57,6%, para el 2006 la captación fue de 61,4%, para el 2007 la captación en el primer trimestre fue 56,8%; La proporción de las gestantes para el año 2007 adolescentes fue de 28.17% y la proporción de adolescentes embarazadas fue 6.90%; para el 2008 la captación el primer trimestre fue 60.1%, para el año 2009 la captación en el primer trimestre fue del 49,9% y la proporción de adolescentes embarazadas fue 3.51%.

Es de resaltar que la captación en el primer trimestre al control prenatal en los años 2004 a 2009 son inferiores al 60 % menos del 90% establecido, siendo este porcentaje preocupante teniendo en cuenta que la meta nacional en los objetivos del milenio es incrementar al 90% el porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales.

La Plata, Huila, tiene un alto porcentaje del área rural (96 veredas y 7 centros poblados), Según el DANE del 2005 el 54.4 % de la población residente ha alcanzado el nivel de básica primaria y el 24.5 básica secundaria y sin ningún nivel educativo el 14.7%; hasta el momento en la ESE San Sebastián no hay una evidencia reportada de los principales factores asociados a la inasistencia a los controles del primer trimestre y las barreras de acceso que influyen para que las gestantes no accedan tempranamente al servicio de salud.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar los factores asociados con la inasistencia al control prenatal durante el primer trimestre en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián de la Plata, Huila.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar las características socio demográficas (edad, seguridad social, nivel educativo, estado civil) de las embarazadas adscritas al programa de control prenatal en la ESE San Sebastián de la Plata Huila en el año 2009.

Establecer una caracterización de los factores asociados con la asistencia al control prenatal desde el primer trimestre de embarazo en comparación con la asistencia a partir de la semana 14 de embarazo.

Realizar un análisis de los factores asociados con la inasistencia al control prenatal de las gestantes en el primer trimestre en la ESE San Sebastián en el periodo 2009.

#### 4. MARCO REFERENCIAL

El control prenatal son todas las acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal; es una estrategia recomendada para detectar tempranamente riesgos del embarazo, instaurar el manejo adecuado, prevenir complicaciones y preparar a la gestante para el parto y su crianza. <sup>(2,3)</sup>

El control prenatal debe realizarse durante todo el embarazo, tiene como objetivo una oportuna identificación y un manejo adecuado de los factores de riesgos obstétricos; se realizan exámenes de laboratorio, suministro de micronutrientes (hierro, ácido fólico, calcio) y seguimiento de parámetros básicos como son la altura uterina, el peso materno, la presión diastólica lo cual ayuda al diagnóstico temprano de enfermedades y prevención de factores de riesgo que benefician la salud materna y perinatal. <sup>(4)</sup>

El control prenatal brinda la oportunidad a la embarazada de hacerla competente para cuidar su salud y la de su hijo, detectar oportunamente los riesgos, buscar la atención necesaria y fomentar hábitos y conductas saludables. Facilita la detección temprana de embarazos de alto riesgo obstétrico, este tipo de embarazos conllevan a una serie de riesgos que pueden resultar en muertes maternas. Teniendo en cuenta que la mortalidad materno-perinatal es un problema de salud pública, es prioritario, no sólo el aumento de la cobertura del control prenatal, sino una adecuada intervención de los factores de riesgo que permitan lograr un impacto positivo en la reducción de la misma. <sup>(5, 6,7)</sup>

Dentro de los objetivos del control prenatal se encuentran:

Diagnosticar las condiciones fetal y materna, identificar factores de riesgo y educar a la gestante para el ejercicio de la maternidad y la crianza; se le brinda orientación a la gestante y su pareja sobre los riesgos biológicos se exploran los riesgos biopsicosociales para proporcionar una relación óptima entre padres e hijos desde el momento de la gestación.

El control prenatal debe cumplir con atributos básicos: de precocidad, periodicidad, completitud, cobertura y gratuidad. La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), ha propuesto cuatro controles prenatales durante la gestación, iniciando alrededor de la semana 12 y los subsiguientes en las semanas 26, la 32 y 36 a la 38. <sup>(8,9)</sup>

En Colombia mueren 67.7 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos por causas asociadas a la maternidad. Según la Política Nacional de salud con el fin de disminuir la tasa de mortalidad materna hay que:

- Captar tempranamente a las mujeres gestantes (antes de la semana catorce de gestación de acuerdo a la Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo del Ministerio de Protección social).
- Identificar y tratar los diferentes riesgos de la embarazada, así como facilitar el acceso de las mujeres gestantes de zonas rurales y de conflicto a los servicios de salud.
- Mejorar la calidad del control prenatal y la atención del parto institucional <sup>(9)</sup>.

Se estableció como norma para la atención de gestantes la captación temprana después de la primera falla menstrual y antes de la semana 14 de gestación, con consultas mensuales de seguimiento por médico o enfermera hasta la semana 36 y luego cada 15 días hasta el parto. <sup>(10)</sup>

Según el acuerdo 003 del 2009 la comisión de regulación de salud por el cual se aclaran y actualizan integralmente los planes obligatorios de salud de los regímenes subsidiado y contributivo, establece las responsabilidades de las EPS de los diferentes regímenes, las acciones de promoción y prevención adoptadas por la resolución 412 como son las alteraciones de detección temprana del embarazo y es preciso implementar los mecanismos que garanticen la detección y captación temprana de las gestantes, después de la primera falta menstrual y antes de la semana 14 de gestación, para intervenir y controlar oportunamente los factores de riesgo. <sup>(11,12)</sup>

Dentro de las metas de cumplimiento para el régimen subsidiado y contributivo la captación antes de la semana 14 de gestación esta en el 90% y 85% según el régimen. <sup>(13)</sup>

La OMS considera que solo el 63% de las embarazadas en África, 65% en Asia y 73% en Latinoamérica asisten al menos a una consulta al control prenatal. Estudios han demostrado baja adherencia al control prenatal y dentro de los factores que se han encontrado: edad, bajos ingresos, la multiparidad, el bajo nivel

educativo, la baja condición socioeconómica, falta de pareja estable, no tener seguro.

Se considera que la probabilidad de que una mujer latinoamericana muera por complicaciones del embarazo y el parto es de 1 en 160 durante toda la vida, en comparación con mujeres de América del Norte cuyo riesgo es de 1 en 3500; un riesgo 21 veces más alto. <sup>(14)</sup>

En nuestro país el riesgo de que una mujer muera por complicaciones debidas al embarazo, parto y puerperio depende del departamento en el cual se viva. Mientras la razón de mortalidad materna en Antioquia es de 56.5 por 100.000 nacidos vivos para el año 2002, la del Choco es de 331.6 por 100.000; es decir la probabilidad se hace seis veces mayor a pesar de que en este último departamento se supone existe un mayor subregistro; en los nuevos departamentos, antes llamados territorios nacionales, sobresale el Vichada con una razón de mortalidad materna de 712.8 para el año 2000, cifra mayor que la de Haití 523 por 1000 nacidos vivos para el mismo año. <sup>(15,16,17)</sup>

Si bien, la constitución colombiana establece que la salud es un derecho fundamental, en la práctica, al sistema de atención en salud de nuestro país se accede por una relación de carácter contractual. Más de la mitad de la población colombiana está por debajo de la línea de pobreza y pertenece a estratos socioeconómicos bajos con poca accesibilidad al sistema de salud, esto dificulta su ingreso a los programas de planificación familiar que son solo para las personas afiliadas al sistema de seguridad social. Este factor influye de manera directa en el importante número de embarazos no deseados en adolescentes que recurren al aborto inseguro como una salida a una gestación no deseada. El aborto es el responsable del 30% de las muertes maternas en el mundo, el 40% de los abortos practicados se realizan en condiciones de riesgo y el 99% de las muertes maternas ocurren en países en desarrollo. <sup>(18)</sup>.

Existen una diversidad de problemas del porqué las embarazadas no asisten al control prenatal; la inaccesibilidad geográfica, cultural y socioeconómica son otros factores que conllevan a que las gestantes tengan inconvenientes de asistencia al control prenatal <sup>(19)</sup>.

Dentro de las metas de salud sexual y reproductiva encontramos que:

- La Meta Universal: Reducir entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes.
- Metas Nacionales: Reducir la razón de mortalidad materna a 45 muertes por 100.000 nacidos vivos. Línea de base 1998: 100 por 100.000 nacidos vivos.

Incrementar al 90% el porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales. Línea de base 1990: 66% <sup>(20,21)</sup>

La maternidad segura como líneas de intervención está dirigida a garantizar a la mujer un proceso de gestación sano con las mejores condiciones para el recién nacido y para ello debe darse una oportuna atención desde el momento preconcepcional y durante la gestación.

Para mejorar la cobertura en control prenatal y la inscripción de las usuarias desde el primer trimestre de embarazo es necesario que los municipios tengan en cuenta los siguientes lineamientos:

- Conformar o reactivar los comités de salud Sexual y reproductiva garantizando su operatividad y reunión mensual.
- Fortalecer el componente de movilización social educando frente a la importancia de la paternidad y maternidad responsable.
- Analizar mensualmente las coberturas y direccionar estrategias de acuerdo a las características socio demográficas de la población.
- Articular las acciones de demanda inducida con las aseguradoras.
- Evaluar mensualmente las estrategias implementadas para la detección y captación de gestantes.

- Fortalecer las acciones de participación comunitaria.
- Eliminar las barreras de acceso al control prenatal “Atención sin barreras”.
- Fortalecer la estrategia IAMI Integral, para permitir la atención con calidad, calidez y garantía de derechos.
- Y cumplir con las estrategias e intervenciones de la estrategia APS Renovada.

Los objetivos de desarrollo del milenio de las Naciones unidas han planteado como monitoreo la salud sexual y reproductiva. Los sistemas de información (SIP) deben estar orientados a facilitar el cumplimiento de estos compromisos además de garantizar la calidad de las prestaciones que se brindan, está constituido por La historia clínica perinatal, el carnet perinatal, el programa de captura y el procesamiento local de datos y el partograma entre otros. <sup>(22)</sup>

El Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) es un centro y unidad técnica de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) que brinda asesoría técnica a los países de América Latina y el Caribe en el área de la salud sexual y reproductiva.

La Historia Clínica Perinatal Simplificada del CLAP es un registro de la historia clínica resumida de la embarazada para determinar posibles factores de riesgo durante el embarazo, datos del parto, recién nacido y del puerperio inmediato, fue diseñado para cumplir con los siguientes objetivos:

- Servir de base para planificar la atención de la embarazada y su hijo y facilitar el funcionamiento de los servicios perinatales.
- Normalizar y unificar la recolección de datos.
- Facilitar al personal de salud la aplicación de normas de atención para la embarazada y el recién nacido.

- Ofrecer elementos indispensables para la supervisión y evaluación de los centros de atención para la madre y el recién nacido.
- Ayudar a la capacitación del equipo de salud.
- Conocer las características de la población asistida.
- Constituir un registro de datos perinatales para la investigación en servicios de salud.
- Constituir un registro de datos de interés legal para la embarazada, su hijo, el equipo de salud y la institución responsable de la atención.

#### Secciones de la Historia clínica Perinatal:

- Nombre – Apellido
- Domicilio Localidad: se refiere a la residencia habitual de la embarazada
- Edad: años cumplidos
- Etnia: Se ha incluido este dato en la HCP debido a que los pueblos indígenas y las comunidades afrodescendientes representan más del 40% de la Población de la región. Este importante grupo de población presenta Condiciones de vida y de acceso a los servicios de salud y de educación desfavorables.
- Alfabeto: sabe leer y escribir
- Estudios: a estudios cursados en el sistema formal de educación.
- Estado civil: Registrar el estado civil según corresponda

Antecedentes familiares, personales y obstétricos:

- Antecedentes familiares: Se refieren a los antecedentes de la pareja, padres o hermanos. (HTA, Diabetes)
- Antecedentes Personales: Se refieren a los antecedentes propios de la embarazada. Notar que la lista incluye las patologías mencionadas en los antecedentes familiares más otros 5 antecedentes
- Antecedentes obstétricos: Se refiere al número de gestaciones previas, sin incluir el embarazo actual
- Embarazo planeado: Se refiere al embarazo deseado o que sucede en un momento oportuno,

Gestación Actual:

En esta sección se registran todos los datos relacionados con el embarazo Actual.<sup>(23)</sup> Un estudio realizado en Managua, por Chavarría Cruz, JC. 2006, Pág. 21. Sobre el no cumplimiento a citas en atención prenatal de las embarazadas en centros de salud de Francisco Buitrago y Tiguantepe, se pudieron identificar algunas causas entre las cuales se pueden mencionar:

- Insatisfacción con los servicios de salud: tiempo de espera largo para la Atención, falta de privacidad durante el proceso de atención.
- Preocupación sobre los cambios del embarazo y embarazo no deseado
- Falta de dinero
- Objeción de un miembro de la familia
- Uso de otros centros alternativos de atención: Empresas Médicas Previsionales, etc.
- Divorcio o disolución de la unión
- Traslado a otro lugar de residencia

- Inaccesibilidad geográfica: por déficit de medios de transporte

Según Álvarez Rodríguez y Vanessa Emilia en su estudio llamado "Factores relacionados a la inasistencia del 4to. Control prenatal en mujeres gestantes del área de Titagallo-Jironkota: estudio realizado en el área rural de Cochabamba-Bolivia durante el primer trimestre 2007", encontraron que el 47% de las mujeres gestantes acuden al control prenatal, de las cuales el 29% pertenecen al 4to. Control un poco más de la mitad, lo que puede garantizar la programación para la atención del parto, en beneficio de la madre y el recién nacido. Los factores de riesgo identificados durante el control prenatal en mujeres gestantes que acuden son la edad menor de 18 años con un 19 % y mayor de 36 años con un 28%. Los factores relacionados a la inasistencia son el miedo y la vergüenza con un 36.8 %, luego la inaccesibilidad a los servicios de salud y el analfabetismo con un 13.6 %. En tercer lugar las costumbres-tradiciones, idioma, falta de información y tiempo con el mismo porcentaje de 9%, todos estos factores refirieron las mujeres que no asisten o no asistieron continuamente al control prenatal en sus anteriores embarazos. <sup>(24)</sup>

Von Waldenfels D, Pflanz M Ramón J. Factores que influyen en la concurrencia al control prenatal en Montevideo Uruguay. Se realizó un estudio de casos y controles y se encontró que para aquellos pacientes que no participaron en los controles prenatales se encontraron los siguientes factores como estadísticamente significativos: primaria incompleta, soltera sin pareja estable, sin carne de asistencia. Comparado los resultados obtenidos con los de otras regiones se llegó a la misma conclusión se encuentran barreras similares. <sup>(25)</sup>

En Santa Fe de Bogotá durante el periodo de 1999 y 2000, en el hospital Kennedy se encuestaron 192 mujeres en base con su control prenatal donde respecto a su estado civil la mayoría de las pacientes se encontraba en unión libre en un 45.9% seguidas por pacientes solteras en un 28.1%. En cuanto a la escolaridad el 58.8% tenía algún nivel de secundaria y 32.3 algún nivel de primaria. Entre las que tuvieron ausencia los motivos más frecuentes fueron falta de tiempo 28%, falta de dinero 14%, no disponibilidad de acompañamiento 12% y otras causas en el porcentaje restante. <sup>(26)</sup>

## 5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

### 5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio Analítico de casos y controles

#### 5.1.1 Lugar



La Plata Huila es un municipio que se encuentra localizado en la parte Sur Occidental del Departamento del Huila, cuenta con aproximadamente 55.529 habitantes: hombres 27.906, mujeres 25.455, la cabecera municipal 20.778, resto

31.006 incluyendo la zona rural con aproximadamente 106 veredas. (SISBEN 2009)

En el año 2008 la población gestante asignada fue de 1280, pero las gestantes programadas fueron 1216. Mujeres de (10-49) años 15.476, mujeres de (25-69) años 9.624, población joven de (10-19) años 10.325, menores de 5 años 5.162, menores de 10 años 9.070, menores de 1 año 1.240, hombres mayores de 45 años 4.391.

El estudio se realizó con los registros clínicos de las mujeres gestantes inscritas al Programa de Control Prenatal en la ESE San Sebastián que asistieron antes y después de la semana 14 de gestación en el periodo comprendido entre Septiembre-Diciembre del 2009, aplicando un modelo de encuesta a las historias clínicas.

5.1.2 Población. La población del estudio fue el total de Mujeres gestantes inscritas al CPN en la ESE San Sebastián del municipio de la Plata Huila que asistieron en el periodo comprendido entre Septiembre-Diciembre del 2009

5.1.3 Muestra. Se tomó toda la población de mujeres embarazadas que asistieron al control prenatal antes y a partir de la semana 14 en la ESE San Sebastián del municipio de la Plata Huila en el periodo comprendido entre septiembre a Diciembre del 2009. No se tomó muestra debido a que el número de gestantes que asisten a control prenatal en el trimestre en esta institución es bajo, por lo que una muestra representativa sería muy similar a la población total del estudio.

## 5.2 DEFINICIONES OPERATIVAS

Definición de caso: Mujeres que durante la gestación, no asistieron al control prenatal del primer trimestre pero si al control prenatal de segundo y tercer trimestre en la ESE San Sebastián de la Plata Huila en el periodo comprendido entre Septiembre a Diciembre del 2009.

Definición de control: Mujeres que hayan asistido al control prenatal durante el primer trimestre de gestación en la ESE San Sebastián de la Plata Huila en el periodo comprendido entre Septiembre a Diciembre del 2009.

### 5.3 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de los datos se realizó el siguiente procedimiento:

Se dio a conocer por escrito a la gerente de la ESE San Sebastián de la Plata el proyecto de investigación, su objetivo y el instrumento para la recolección de la información.

Se revisó en la base de datos de la institución las gestantes inscritas al control prenatal en el periodo comprendido entre Septiembre a Diciembre del 2009.

Los datos se tomaron de las historias clínicas de todas las gestantes inscritas a control prenatal en el periodo comprendido entre septiembre y diciembre de 2009

### 5.4 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La recolección de la información se registró directamente en una base de datos en Excel 2007, la cual fue procesada por los investigadores en el programa SPSS versión 19 para Windows. Esta incluía las variables de interés para el estudio según la operacionalización de las variables, las cuales fueron extraídas de las historias clínicas de las gestantes que asistieron a control prenatal durante los meses de septiembre a diciembre de 2009.

### 5.5 CODIFICACION Y TABULACION

Para la codificación y tabulación de los datos se utilizaron las bondades del paquete estadístico SPSS versión 19 para Windows.

### 5.6 FUENTES DE INFORMACION

Se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas de la población a estudio.

## 5.7 PLAN DE ANALISIS DE LOS RESULTADOS

A partir de los 139 casos estudiados de gestantes con inicio tardío a los controles prenatales y 149 controles, se realizaron análisis univariados, bivariados mediante el paquete estadístico SPSS versión 19 para Windows. Para estimar el riesgo de inicio tardío a los controles prenatales asociado a los diferentes factores de riesgo se calculó la razón de productos cruzados u Odds Ratio (OR) como aproximación del riesgo relativo e intervalos de confianza (IC) al 95%. Para controlar los efectos de los potenciales factores confusores se utilizó la estratificación y el procedimiento de Mantel-Haenszel. También se tabularon los datos y se realizó un análisis de medidas de tendencia central y de dispersión (media, mediana, desviación estándar) calculando la diferencia entre los grupos con la prueba t de student y para las variables categóricas se utilizó el chi cuadrado.

## 5.8 CONSIDERACIONES ETICAS

El Decreto 8430 de 1993 por lo cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

El Ministerio de Salud en ejercicio de sus atribuciones legales, en especial las conferidas por el Decreto 2164 de 1992.

La investigación en este trabajo es de bajo riesgo porque la técnica y el método documental se realizó con los registros clínicos de las mujeres gestantes inscritas al Control Prenatal en la ESE San Sebastián que asistieron antes y después de la semana 14 de gestación en el periodo comprendido entre Septiembre-Diciembre del 2009, sin ninguna intervención y modificación de las variables biológicas y fisiológicas de las gestantes incluidas en el estudio.

## 6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	SUBVARIABLES	INDICADORES O CATEGORÍAS	NIVEL DE MEDICIÓN	ÍNDICE
<b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS</b>	Conjunto de atributos del ámbito: social, cultural, familiar, ambiental y económico pertenecientes a un grupo poblacional	Edad	No Años cumplidos al inicio CPN	Razón	Porcentaje, Media, Mediana, Desviación estándar, OR, X <sup>2</sup>
		Seguridad Social	Contributivo Subsidiado Vinculado	Nominal	Porcentajes, OR, Chi <sup>2</sup>
		Nivel Educativo	Analfabetismo Primaria: completa, incompleta Secundaria: completa, incompleta Universidad	Ordinal	Porcentajes, OR, Chi <sup>2</sup>
		Estado civil	Soltera Unión Libre Casada Viuda	Nominal	Porcentajes, OR, Chi <sup>2</sup>
		Área de residencia	Urbana Rural	Nominal	Porcentajes
<b>CARACTERÍSTICAS GINECO-OBSTÉTRICAS</b>	Conjunto de atributos del proceso de gestación y del parto	Edad gestacional	Edad gestacional al ingreso al Control prenatal:  Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre	Ordinal	Porcentajes, OR, Chi <sup>2</sup>
		No de Embarazos	0, 1, 2,3...	Razón	Porcentajes, Media aritmética, desviación estándar, Mediana y Rango, t de student
		No de Hijos Vivos	0, 1, 2,3...	Razón	
		No de Abortos	0, ≥1	Razón	
No de Mortinatos	0, ≥1	Razón			

## 7. PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS

### 7.1 ANALISIS UNIVARIADO

Para la realización del presente estudio se incluyeron un total de 288 mujeres en estado de gestación de la ESE San Sebastián del Municipio de La Plata Huila, teniendo en cuenta las madres que iniciaron los controles prenatales desde el primer trimestre y las madres que empezaron dichos controles a partir del segundo y tercer trimestre del embarazo, que corresponden al periodo comprendido entre septiembre a Diciembre del 2009. De las Historias clínicas revisadas 139 eran casos; gestantes que asistieron a partir de la semana 14 y 149 controles; gestantes que asistieron al control prenatal antes de la semana 14.

**Tabla 1.** Características Socio demográficas de las gestantes que asistieron al primer control prenatal en la ESE San Sebastián del municipio de la Plata – Huila desde septiembre a diciembre del año 2009.

<b>Edad de la Madre</b>	<b>No. Gestantes</b>	<b>FA</b>	<b>fr</b>	<b>FR</b>
<15	7	7	2,4%	2,4%
15 A 19	70	77	24,3%	26,7%
20 A 24	102	179	35,4%	62,2%
25 A 29	53	232	18,4%	80,6%
30 A 34	26	258	9,0%	89,6%
35 A 39	21	279	7,3%	96,9%
40 A 44	8	287	2,8%	99,7%
45 Y MAS	1	288	0,3%	100%
$\bar{X}$ = 24,04 ± 6,7	Me: 23 R: 14-45			
<b>RÉGIMEN DE AFILIACIÓN AL SGSSS</b>				
CONTRIBUTIVO	0	0	0%	0%
SUBSIDIADO	222	222	77,1%	77,1%
VINCULADO	66	288	22,9%	100,0%

Tabla 1. (Continuación)

<b>ESCOLARIDAD</b>				
NINGUNA-ANALFABETA	1	1	0,3%	0,3%
PRIMARIA INCOMPLETA	71	72	24,7%	25,0%
PRIMARIA COMPLETA	94	166	32,6%	57,6%
SECUNDARIA INCOMPLETA	52	218	18,1%	75,7%
SECUNDARIA COMPLETA	50	268	17,4%	93,1%
UNIVERSIDAD	5	273	1,7%	94,8%
NO REGISTRA	15	288	5,2%	100,0%
<b>ESTADO CIVIL</b>				
CASADA	126	126	43,7%	43,7%
SOLTERA	86	212	29,9%	73,6%
UNIÓN LIBRE	76	288	26,4%	100,0%
<b>ÁREA</b>				
URBANA	70	70	24,3%	24,3%
RURAL	218	288	75,7%	100,0%

Fuente: ESE San Sebastián (Historias clínicas Septiembre-Diciembre 2009)

La edad de las 288 gestantes que acudieron a control prenatal oscilaron entre los 14 y 45 años con promedio de  $24,04 \pm 6,7$  años y una mediana de 23, siendo los intervalos más observados los de 20 a 24 y 15 a 19 años respectivamente, que en conjunto constituyen aproximadamente el 60% de la población estudiada. En contraste, los intervalos de edad menos observados fueron los de los extremos de la vida fértil de la mujer, es decir, los menores de 15 años y los que se encuentran por encima de los 45 años de edad con un 2,3 y un 0,3% en ese mismo orden.

En cuanto al régimen de afiliación al sistema de salud, se logró establecer que un poco más de las tres cuartas partes de la gestantes (77,1%) pertenecían al Subsidiado, en tanto que las restantes (22,9%) a la población pobre y vulnerable no cubierta con subsidios a la demanda (vinculados). No se encontraron gestantes del régimen contributivo.

El nivel educativo de las gestantes evidenció que un 57,6% tiene como máximo la primaria completa, un 35,5% han ingresado a nivel de secundaria, aunque solo la mitad de ellos han culminado sus estudios; y tan solo el 1,7% ha ingresado a la universidad.

Se encontró que el estado civil de las gestantes son en su mayoría casadas (43,7%), seguidas de las solteras (29,9%) y las que se encuentran en unión libre (26,4%)

La distribución por área de residencia de las gestantes determinó que las tres -- cuartas partes de de la población eran procedentes del área rural, en tanto que la cuarta parte restante eran de la urbana.

**Tabla 2.** Características Ginecoobstétricas de las gestantes que asistieron al primer control prenatal en la ESE San Sebastián de la Plata – Huila desde septiembre a diciembre del año 2009

	<b>No. Gestantes</b>	<b>FA</b>	<b>fr</b>	<b>FR</b>
<b>TRIMESTRE</b>				
PRIMERO	149	149	51,7%	51,7%
SEGUNDO	113	262	39,3%	91,0%
TERCERO	26	288	9,0%	100,0%
TOTAL	288		100%	
<b>NUMERO DE EMBARAZOS PREVIOS</b>				
0	103	103	35,8%	35,8%
1 A 3	128	231	44,4%	80,2%
4 A 6	46	277	16,0%	96,2%
7 y mas	11	288	3,8%	100,0%
TOTAL	288		100%	
$\bar{X}$ = 1,82 DE= ± 2,21 Me= 1 R: 0-11				
<b>NUMERO DE HIJOS PREVIOS</b>				
0	112	112	38,9%	38,9%
1 A 3	136	248	47,2%	86,1%
4 A 6	32	280	11,1%	97,2%
7 y mas	8	288	2,8%	100,0%
TOTAL	288		100%	

Tabla 2. (Continuación )

$\bar{X}$ = 1,57 DE = $\pm$  1,97 Me= 1 R= 0-10

**NUMERO DE ABORTOS PREVIOS**

0	245	245	85,1%	85,1%
$\geq 1$	43	288	14,9%	100,0%
TOTAL	288		100%	

$\bar{X}$ = 0,19 DE=  $\pm$  0,55 Me= 0 R= 0-4

**NUMERO DE MORTINATOS PREVIOS**

0	277	277	96,2%	96,2%
$\geq 1$	11	288	3,8%	100,0%
TOTAL	288		100%	

$\bar{X}$ = 0,05 DE=  $\pm$  0,29 Me= 0 R= 0-3

Fuente: ESE San Sebastián (Historias clínicas Septiembre-Diciembre 2010)

La distribución por trimestre de inicio al control prenatal de las gestantes que asistieron a la ESE San Sebastián de la Plata en el periodo de estudio mostró un mayor porcentaje en las que lo hicieron durante el primer trimestre de edad gestacional con un 51,7%, las cuales a su vez constituyen el total de embarazadas catalogadas como "Grupo Control". No obstante, es crítico el alto porcentaje de embarazadas que asistieron a su primer control después del primer trimestre (48,3%) las cuales hacen parte del total de "Casos" del presente estudio.

Los antecedentes de embarazos previos oscilaron entre 0 y 11 con un promedio de 1,82 gestas  $\pm$  2,21 y una mediana de 1; aunque se observó un porcentaje importante de gestantes (35,8%) que no tenían historia concepcional. El comportamiento del número de hijos vivos, como era de esperarse, fue muy similar a la variable anterior donde se encontraron gestantes con 0 hasta 10 hijos, con un promedio de 1,57  $\pm$  1,97 y una mediana de 1.

En cuanto a los antecedentes de abortos se encontró que aproximadamente el 15% las gestantes habían tenido hasta 4 fracasos, en tanto que un 3,8% experimentó muertes de productos viables hasta en 3 oportunidades.

## 7.2 ANALISIS BIVARIADO

**Tabla 3.** Modelo bivariado de los factores de riesgo socio demográficos asociados al inicio tardío de los controles prenatales en la ESE San Sebastián del municipio de la Plata – Huila, en el periodo comprendido entre los meses de Septiembre y Diciembre de 2009.

<b>EDAD DE LA GESTANTE AL INICIO DEL CONTROL PRENATAL</b>										
	<b>CASOS</b>		<b>CONTROLES</b>		<b>OR</b>	<b>I.C. 95%</b>		<b>MANTEL-HAENSZEL</b>		
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>		<b>Inf.</b>	<b>Sup.</b>	<b>Chi 2</b>	<b>P-VALOR</b>	
<b>EDAD DE LA GESTANTE AL INICIO DEL CONTROL PRENATAL</b>										
<20 AÑOS	45	32%	32	21%	1,94	1,09	3,46	5,85	0,015	
20 A 34 AÑOS (1)	76	55%	105	70%	1					
35 Y MAS AÑOS	18	13%	12	8%	2,07	0,88	4,90	3,36	0,769	
(1) GRUPO DE REFERENCIA										
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>										
ANALFABETA	0	0%	1	1%	0	0	18,66	0,94	0,333	
PRIMARIA INCOMPLETA	39	28%	32	21%	1,43	0,8	2,53	1,68	0,195	
PRIMARIA COMPLETA	55	40%	39	26%	1,85	1,09	3,14	5,87	0,015	
SECUNDARIA INCOMPLETA	20	14%	32	21%	0,61	0,32	1,18	2,44	0,118	
SECUNDARIA COMPLETA	15	11%	35	23%	0,39	0,19	0,79	8,08	0,004	
UNIVERSIDAD	1	1%	4	3%	0,26	0,01	2,53	1,63	0,201	
NO REGISTRA	9	6%	6	4%	1,65	0,52	5,38	0,87	0,35	
<b>RÉGIMEN DE SALUD</b>										
CONTRIBUTIVO	0	%	0	%	0	-	-	-	-	
SUBSIDIADO(1)	110	79%	112	75%	1	-	-	-	-	
VINCULADO	29	21%	37	25%	0,79	0,44	1,44	0,66	0,414	
(1) GRUPO DE REFERENCIA										

Tabla 3. (Continuación )

<b>ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES ASISTENTES AL CONTROL PRENATAL</b>									
CASADA (1)	57	41%	69	46%	1,00				
SOLTERA	46	33%	40	27%	1,39	0,77	2,51	1,39	0,239
UNIÓN LIBRE	36	26%	40	27%	1,09	0,59	2,01	0,09	0,769

(1) GRUPO DE REFERENCIA

<b>ÁREA DE RESIDENCIA DE LA GESTANTE</b>									
URBANO (1)	28	20%	42	28%	1				
RURAL	111	80%	107	72%	1,56	0,87	2,79	2,53	0,111

(1) GRUPO DE REFERENCIA

Fuente: ESE San Sebastián (Historias clínicas septiembre-diciembre 2009)

La edad de inicio al control prenatal evidenció diferencias importantes en los extremos de la vida fértil de las mujeres, observándose un mayor porcentaje en los casos (45%) frente a los controles (29%), y en el grupo de edad de 20 a 34 años los controles alcanzaron un 70% frente a un 55% de los casos.

Al analizar el riesgo relativo, medido por el OR, se encontró que aunque para menores de 20 años y mayores de 35 años es el doble que el de las gestantes de 20 a 34 años de edad, no resultó significativo para el grupo de 35 y más años, mientras que para el grupo de menores de 20 años ese riesgo aumentado fue estadísticamente significativo.

Aunque el porcentaje de gestantes que ingresó a control prenatal en el periodo de estudio tienen en su gran mayoría hasta quinto de primaria, se encontraron diferencias importantes con el hecho de ser caso, pues el 68% de estas tienen esta condición, frente al 47% de los controles. A partir de la secundaria se observó que en los controles el 44% habían ingresado a este nivel frente a un 25% de los casos, aunque para los primeros, un poco más de la mitad lograron terminar sus estudios, en tanto que para los segundos ocurrió lo contrario.

Se logró determinar que el hecho de estar cursando o haber terminado los estudios básicos primarios constituyó un riesgo, sólo resultó ser estadísticamente significativo para los últimos (OR=1,85, I.C 95%= 1,05-3,14 p=0,015). Por el contrario, los que lograron tener estudios superiores a primaria tuvieron un

aparente factor protector, el cual sólo fue estadísticamente significativo para los que lograron terminar la secundaria (OR=0,39 I.C 95%= 0,19-0,79 p=0,004).

El régimen de afiliación de la población gestante fue en su gran mayoría del régimen subsidiado (77,1%) y su comportamiento fue muy similar entre las que ingresaron en el primer trimestre y las que lo hicieron tardíamente. Al analizar el riesgo medido por el OR se observó que el hecho de no tener afiliación tendría un efecto protector; sin embargo, no fue estadísticamente significativo (OR=0,44; I.C 95%= 0,44-1,44; p-valor=0,414).

El estado civil de las gestantes también tuvo una distribución muy similar entre las que iniciaron tardíamente el control prenatal frente a las que lo hicieron en forma temprana, es así como las casadas fueron las que más asistieron a los controles prenatales en un 43,7% (casos: 41% Vs controles: 46%); seguidas de las solteras con un 29,9% (casos: 33% Vs controles: 27%) y por último las que estaban en unión libre con un 27% (casos: 26% Vs controles: 27%). No obstante, aunque en las solteras y las de unión libre se observaron riesgos mayores para el inicio tardío de los controles prenatales, éstos no fueron estadísticamente significativos (solteras: OR=1,39; I.C:95%: 0,77-2,51; p-valor 0,239. Unión libre: OR=1,09; I.C:95%:0,59-2,01; p-valor 0,769).

El área residencia de la gestantes que iniciaron tardíamente los controles prenatales fue en su gran mayoría rural (80%), porcentaje muy similar frente a las que hicieron durante su primer trimestre de embarazo (72%). El riesgo de iniciar control prenatal en forma tardía fue 1,56 veces mayor en las mujeres del área rural frente a las del área urbana, aunque no fue estadísticamente significativo (OR=1,56; I.C:95%: 0,87-2,79; p-valor 0,111).

**Tabla 4.** Modelo Bivariado de los factores de riesgo Ginecoobstétricos asociados al inicio tardío de los Controles Prenatales en La ESE San Sebastián del municipio de la Plata Huila en el periodo comprendido entre los meses de Septiembre y Diciembre de 2009

<b>Antecedentes ginecoobstétricos</b>									
	<b>CASOS</b>		<b>CONTROLES</b>		<b>OR</b>	<b>I.C. 95%</b>			
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>		<b>Inf.</b>	<b>Sup.</b>	<b>ChI2</b>	<b>P-VALOR</b>
<b>NUMERO DE EMBARAZOS PREVIOS</b>									
Ninguno (1)	44	31,7%	59	39,6%	1				
1 A 3	58	41,7%	70	47,0%	1,11	0,64	1,94	0,16	0,694
4 A 6	30	21,6%	16	10,7%	<b>2,51</b>	1,15	5,52	6,40	0,011
7 y mas	7	5,0%	4	2,7%	2,35	0,57	10,28	1,74	0,187
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>100%</b>	<b>149</b>	<b>100%</b>					
<b>NUMERO DE HIJOS VIVOS PREVIOS</b>									
Ninguno (1)	50	36,0%	62	41,6%	1				
1 A 3	61	43,9%	75	50,3%	1,01	0,59	1,72	0,00	0,974
4 A 6	22	15,8%	10	6,7%	<b>2,73</b>	1,10	6,85	5,75	0,017
7 y mas	6	4,3%	2	1,3%	3,72	0,64	27,99	2,74	0,098
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>100%</b>	<b>149</b>	<b>100%</b>					
<b>NUMERO DE ABORTOS PREVIOS</b>									
Ninguno (1)	115	83%	130	87%	1				
>=1	24	17%	19	13%	1,43	0,71	2,88	1,15	0,282
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>100%</b>	<b>149</b>	<b>100%</b>					
Ninguno (1)	133	96%	144	97%	1				
>=1	6	4%	5	3%	1,3	0,34	5,04	0,18	0,67
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>100%</b>	<b>149</b>	<b>100%</b>					

(1) GRUPO DE REFERENCIA

Fuente: ESE San Sebastián (Historias clínicas Septiembre-Diciembre 2009)

Al analizar los riesgos relativos de los antecedentes ginecoobstétricos se observó que en la medida que la historia de embarazos aumentaba, tomando como grupo de referencia la ausencia de éstos, también lo hacía el OR, aunque solamente fue estadísticamente significativo en el intervalo de 4 a 6 gestaciones en quienes el riesgo de asistir tardíamente a los controles prenatales fue 2,5 veces mayor frente

a las que lo hicieron en forma temprana (I.C 95%: 1,15-5,52; p-valor: 0,011). Similar situación ocurrió en los que han tenido hijos previos, entre mayor era el número de hijos el riesgo de asistir tardíamente aumentaba paulatinamente, aunque solamente fue estadísticamente significativo en los que tuvieron de 4 a 6 hijos, con un riesgo aumentado en 2,73 veces más (I.C 95%: 1,10-6,5; p-valor: 0,017). El número de abortos y mortinatos previos incrementaron el riesgo 1,43 y 1,3 veces más en ese orden, pero no fue estadísticamente significativo.

**Tabla 5.** Factores de riesgo Ginecoobstétricos asociados al inicio tardío de los controles prenatales en la ESE San Sebastián del municipio de la Plata Huila en el periodo comprendido entre los meses de septiembre y diciembre de 2009

	Mínimo	Máximo	Mediana	Media	DE	P*
<b>GESTACIONES PREVIAS</b>						
CASOS	0	11	1	2,16	2,372	0,013
CONTROLES	0	11	1	1,51	1,995	
<b>HIJOS VIVOS PREVIOS</b>						
CASOS	0	10	1	1,86	2,155	0,018
CONTROLES	0	10	1	1,30	1,743	
<b>ABORTOS PREVIOS</b>						
CASOS	0	3	0	0,22	0,535	0,526
CONTROLES	0	4	0	0,17	0,566	
<b>MORTINATOS PREVIOS</b>						
CASOS	0	3	0	0,06	0,345	0,476
CONTROLES	0	2	0	0,04	0,229	

\* *p* de prueba *t* para diferencia de medias

Fuente: ESE San Sebastián (Historias clínicas Septiembre-Diciembre 2009)

Aunque el número de embarazos previos al inicio del control prenatal en el periodo de estudio osciló entre 0 y 11 tanto para los casos como para los controles, el 50% tuvo máximo un embarazo en estos dos grupos poblacionales, lo que indica que el comportamiento de los datos de esta subvariable tienden a ser bajos. No obstante al comparar las medias de las gestaciones de cada uno de los grupos de estudio se encontró que existen diferencias significativas (p-valor: 0,013) entre las que iniciaron tardíamente (Media: 2,16) frente a los que lo hicieron en forma temprana (Media: 1,51) (ver tabla 6). Situación similar se observó con el número de hijos vivos las cuales oscilaron entre 0 y 10, la mediana de 1 y al comparar las medias

también se encontró diferencias significativas (p-valor: 0,018) con 1,86 para los casos y 1,30 para los controles.

Los abortos y los mortinatos previos se presentaron hasta en tres oportunidades en los casos, en tanto que en los controles hubo una leve variación observándose antecedentes de hasta 4 abortos y 2 mortinatos como máximo. La comparación de las medias no arrojó significancia estadística para ninguno de los dos eventos (abortos: p-valor: 0,526; mortinatos: p-valor: 0,476).

## 8. DISCUSIÓN

La asistencia de las gestantes al programa de detección temprana de alteraciones del embarazo se considera como una de las medidas más importantes para preservar la salud materno-fetal a nivel nacional e internacional, evidenciado tanto en los países altamente desarrollados como en los que están en vía de desarrollo, por lo que permite conocer a tiempo posibles factores de riesgo que pueden ser, en muchos casos, controlados oportunamente por el equipo de salud, lo que ha sido demostrado con la disminución de la mortalidad en todo el mundo.

Los factores socio demográficos y ginecoobstétricos participan de manera importante en la decisión de iniciar en forma temprana los controles prenatales, pero en nuestro país existen pocos estudios serios relacionados con este problema específico, pues la mayoría se centran en conocer los motivos por los cuales las gestantes dejan de asistir a ellos en forma generalizada.

En este estudio, al igual que en el reportado por Valadez *et al* 27, la población adolescente y el bajo nivel educativo influyeron significativamente en la decisión de iniciar tardíamente los controles prenatales, debido a que el embarazo en las adolescentes limita las posibilidades de desarrollo personal y social en la medida en que reduce las oportunidades de educación<sup>28</sup> y, por lo tanto, afecta los conocimientos sobre la atención en los controles prenatales, tal como lo expresan otros autores<sup>29-30</sup>. Sin embargo, no existe consenso en la literatura debido a que en otras investigaciones afirman que la adolescencia no constituye un riesgo para llevar una concurrencia adecuada a los controles prenatales<sup>31,32,33,34</sup>. También, según lo expresado por Pender *et al* 2002, la falta de experiencia de las adolescentes dada por los embarazos previos, que en este estudio constituyen la gran mayoría de los casos (77%), podrían estar influenciando la decisión de iniciar los controles prenatales oportunamente al afectar la percepción de sus beneficios; es decir, si las experiencias son positivas, mas probabilidad hay de que la conducta se repita; por otro lado, si se experimentan barreras, éstas se almacenan en la memoria como obstáculos para realización de la conducta o simplemente no se almacenan si no las han vivido.<sup>35</sup>

En el modelo de análisis de este estudio, se definió como criterio de riesgo la no afiliación al sistema general de seguridad social en salud, no obstante, se comportó como un factor protector aunque éste no fue estadísticamente significativo. De acuerdo con otras investigaciones<sup>36</sup> si se encontró asociación estadística entre el inicio tardío a los controles y el hecho de no tener servicios médicos de seguridad social, aunque generalmente se comporta como factor de riesgo <sup>37</sup>.

No se logró comprobar que el estado civil soltera estuviera asociado al riesgo de inicio tardío de los controles prenatales, tal como si lo expresan Valadez<sup>38</sup> y otros autores<sup>39-40-41-42-43</sup> quienes encontraron que las mujeres con esta condición tienen mayor riesgo de tener un control prenatal inadecuado. Sin embargo, para Quelopana del Valle<sup>44</sup> ninguno de las variables sociodemográficas, incluida el estado civil, fueron predictoras del inicio precoz de los controles prenatales.

Pese a que algunos estudios han encontrado menor acceso al control prenatal en mujeres del área rural<sup>45,46,47,48</sup> en éste al igual que en el realizado por Vecino<sup>49</sup>, no se encontró una asociación estadísticamente significativa; lo anterior puede obedecer a que la Empresa social del Estado del primer nivel presta sus servicios en muchas de las veredas del municipio gracias a las jornadas de salud realizadas en los centros poblados del área rural.

En cuanto a los antecedentes ginecobstétricos, se encontró que al igual que Valadez *et al*<sup>50</sup>, el riesgo de inicio tardío de los controles prenatales se incrementó en la medida que lo hacía el número de embarazos e hijos vivos, siendo estadísticamente significativo entre el 4 y 6 para ambos casos. Lo anterior puede estar relacionado con el hecho de las mujeres que han tenido varios embarazos y/o partos hayan ido incorporando experiencias exitosas o malas de ellas mismas o de otras mujeres que las hicieran sentir más confiadas, y pensar que en un nuevo embarazo no necesitarían asistir tan precozmente y con la misma frecuencia a los controles prenatales. Para dilucidar lo anterior, es necesario incursionar en estudios cualitativos que indaguen sobre las actitudes de las gestantes frente a la problemática planteada.

El tomar como fuente única de información las historias clínicas, trae consigo dificultades como información incompleta al momento de recolectar los datos, lo que hizo que no se incluyeran variables importantes como el conocimiento de si el embarazo era deseado o la etnia.

Una de las limitaciones del presente estudio es que solo se tuvo en cuenta el momento en el cual la gestante se hizo el primer control prenatal, pero no el número de veces que lo había hecho hasta el momento de la revisión de las historias clínicas.

Solamente se incluyó como población objeto las gestantes que asistieron a la ESE San Sebastián del Municipio de la Plata-Huila en el periodo comprendido de septiembre a diciembre de 2009, quedando excluidas las que aun no se habían inscrito al programa o las que recibieron atención en otras Instituciones

Prestadoras de Servicios de Salud, en especial las del régimen contributivo; razón por la cual no se observaron gestantes de este régimen lo que sería una limitante importante a tener en cuenta que podría afectar la validez externa del estudio

## 9. CONCLUSIONES

Los factores sociodemográficos asociados al inicio tardío a los controles prenatales en la ESE San Sebastián del Municipio de la Plata Huila fueron: ser embarazada adolescente, estado civil soltera y bajo nivel educativo dado por estudios alcanzados hasta básica primaria

Los factores ginecoobstétricos asociados al inicio tardío a los controles prenatales en la ESE San Sebastián de la Plata fueron: las mujeres que tenían entre cuatro (04) a seis (06) embarazos o hijos previos.

La población adolescente y el bajo nivel educativo influyeron significativamente en la decisión de iniciar tardíamente los controles prenatales, debido a que el embarazo en las adolescentes limita las posibilidades de desarrollo personal y social en la medida en que reduce las oportunidades de educación.

Se encontró asociación estadística entre el inicio tardío a los controles y el hecho de no tener servicios médicos de seguridad social, aunque generalmente se comporta como factor de riesgo.

## 10. RECOMENDACIONES

Dada la complejidad del control prenatal, es difícil evaluar todos sus atributos a la vez. Por esto, la propuesta es iniciar la investigación desde la percepción de las embarazadas, sus necesidades y expectativas con respecto al programa; preferiblemente, realizar estudios poblacionales que permitan evaluar estrategias eficaces para mejorar la adherencia al control, con énfasis en la prevención y que involucren la participación de la comunidad, como también la calidad técnico científica de los profesionales de la salud en las actividades, procedimientos e intervenciones de control prenatal. Esto daría algunas pistas para diseñar y evaluar programas exitosos a nivel comunitario; y también permitiría evaluar la adherencia de los trabajadores de la salud, las instituciones que prestan los servicios y la participación de la comunidad.

Además, se debe tener en cuenta que el Control Prenatal por sí solo no es suficiente para reducir la morbilidad y la mortalidad, ya que no siempre se pueden predecir ciertas complicaciones del parto y puerperio, por lo cual es necesario que los servicios de salud estén preparados para brindar cuidados obstétricos de emergencia de alta calidad.

Sería importante que la ESE Municipal articulara de manera efectiva acciones tendientes a captar a las gestantes en el primer trimestre de gestación con los Equipos de Atención Primaria –APS- que desde el año 2005 vienen trabajando en beneficio de la población materno-infantil del departamento del Huila. Igualmente, trabajar conjuntamente con las EPS, Dirección Local de Salud – DLS –, líderes comunitarios, estrategias Red Juntos y Familias en acción, diferentes redes comunitarias e institucionales y demás sectores del Sistema General de Seguridad Social Integral para que apoyen este proceso.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. O.M.S. News WHO antenatal care model. Switzerland. Geneva, 2002.
2. REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de Salud. Resolución 412, 2000.
3. SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL NEIVA
4. DANE 2005
5. HERRERA JA. Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal. Colombia Médica 2002; 33(1): 21-25.
6. VALENCIA Y. ; PIZARROSO C, ; HUAYNOCA S. Asistencia de Mujeres embarazadas al cuarto control prenatal. Biofarbo 2006; 14:23-27.
7. CÁCERES FM. El control prenatal: una reflexión urgente. Revista colombiana de obstetricia y ginecología 2009; 60(2): 165-170.
8. CASTILLO SALAVERRY MD. Proyecto plan de Campaña para la promoción del control prenatal en los municipios de El tuma, La Dalia y waslada. Nicaragua: Universidad Centroamérica UCA 2001.
9. Política Nacional de salud sexual y Reproductiva. Ministerio de la Protección Social
10. Resolución 3384 de 2000. Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000.
11. Comisión de regulación en salud. Acuerdo 008 2009
12. Boletín salud sexual y Reproductiva. Departamento del Huila. 2008

13. FESCINA B.; BUTRINO B.; De MUNICIO B.; MARTÍNEZ G. Sistema Informativo Perinatal: Historia clínica Perinatal. Organización Panamericana de la Salud. CLAP/SMR, N o 1563
14. CRUZ CHAVARRÍA JC. No cumplimiento a citas en atención prenatal de las embarazadas. Centros de salud San francisco Buitrago y Ticuabtepe. Tesis Mangua 2006.
15. ÁLVAREZ R, Emilia V, Factores Relacionados a la inasistencia del 4to. Control prenatal en mujeres gestantes del área de Titigallo-Jironkota. Bolivia 2007; 79(1): 362.
16. VON WALDENFELS D, ; PFLANZ M, Ramón J. Factores que influyen en la concurrencia al control prenatal en Montevideo Uruguay. Revista Médica del Uruguay 1992; 8(1): P. 1-9.
17. Evaluación del Control Prenatal. Hospital de Kennedy 1 nivel Ese. Bogotá. 2006.
18. VALADEZ FIGUEROA, Isabel *et al.* Atención prenatal: Conocimientos, actitudes y cuidados alternos en Jalisco. En: Red de Revistas de America latina y el Caribe, España y Portugal –Redalic-, volumen III, Numero 1, año 2001.Guadalajara-México. p. 39
19. CAMACHO AV, OPS, Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las Adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe revisión bibliografía 1988-1998, páginas 23 – 25, 60 - 64. Información ubicada en <http://www.adolec.org/pdf/Perfilweb.pdf>
20. BELIZÁN, José María; VILLAR, José; BELIZÁN, María M; Garrote, Nora. Asistencia de embarazadas a la consulta prenatal en maternidades públicas de Rosario, Argentina. Bol. Of.sanit. Panam.86 1979; 2: 121-130
21. MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, Lidia; REYES-FAUSTO,Sandra y GARCÍA-PEÑA, María del Carmen. Utilización Adecuada de la Atención Prenatal en El Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública Méx 1996; Vol. 38(5):341-351.

22. HANS ALBRECHT VON WANDENFELS, Maryann Pflans, Ramón Jorge; Factores que influyen en la concurrencia al control prenatal en Montevideo, Uruguay
23. JHONSON S, Gibbs E, Kogan M, Knapp C, Hansen JH. Massachusetts prenatal care survey factors related to prenatal care utilization. Boston SPRANS Prenatal Care Project, Massachusetts Department of Public Health, 1987.
24. MC DONALD TP, Cobrun AF, The Impact of variations AFDC and Medicaid eligibility in prenatal care utilization, Portland: Health Policy Unit, Human Services Development Institute, University Southern Maine, 1986
25. BOWLING JM, Riley P. Access to prenatal care in North Carolina. Raleigh: North Carolina State center for Health Statistics, 1987.
26. KALMUSS D, Darabi KF,; Lopez I, ;Caro FG, ; Marshall E, ;Carter A. Barriers to prenatal care: an examination of use to prenatal care among low-income womwn in New York City; New York: community service Society, 1987
27. QUELOPANA DEL VALLE, Ana María. Predictores del inicio del control prenatal en mujeres del área metropolitana de Monterrey. [Tesis de Doctorado]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de enfermería 2006. 131 p.
28. VALADEZ FIGUEROA, Isabel *et al.* Op. cit. p. 40
29. CÁCERES MANRIQUE, Flor de María. El control prenatal: Una reflexión urgente. En: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, volumen 160. Numero 2. Bogotá .abril/junio de 2009. p.4
30. VALADEZ FIGUEROA, Isabel *et al.* Op. cit. p. 37
31. CÁCERES MANRIQUE, Flor de María. Op. cit. p. 37

32. HANS ALBRECHT VON WANDENFELS, Maryann Pflans, Ramón Jorge. Op. cit. p. 67.
33. BELIZAN, Jose Maria; VILLAR, Jose; Belizan, Maria M; Garrote, Nora. Op cit. p. 3
34. JHONSON S, GIBBS E, Kogan M, Knapp C, Hansen JH. Op. cit. p. 3
35. MC DONALD TP, Cobrun AF. Op. cit. p. 3
36. QUELOPANA DEL VALLE, Ana María. Op. cit. p. 67
37. TAMEZ S, Valle RI, ; Eibenschutz C, ; Méndez I. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. Salud Pública de México 2006; 48(5): 418-429.
38. KÉBREAU P, Crandall L, Saint-Jean G. Prenatal care utilization in rural areas and urban areas of Haiti. PAHO Journal 2005; 18(2):84-92.
39. OMS. Diagnóstico cualitativo de la atención en salud sexual y reproductiva en Bolivia. Ginebra. 1996.
40. VILLATE CORREDOR, Yannet. Factores asociados a la no utilización de los servicios de control prenatal en el municipio de Duitama. [tesis de maestría]. Colombia: Universidad del Valle, Facultad de salud. 2008. 68 p.
41. VECINO A. Determinants of demand for antenatal care in Colombia. Universidad del Rosario, facultad de economía. Septiembre de 2007
42. VALADEZ FIGUEROA, Isabel *et al.* Op. cit. p. 37
43. .OMS.-OPS. La salud en las Américas. Maternidad sin riesgo. Edición de 2002- Volumen 1.

44. QUINTERO GALEANO, Alejandro. Mortalidad Materna: Mas allá de la calidad de la atención. XVI Curso de Actualización Ginecología y Obstetricia. Universidad de Antioquia. 2008.
  
45. LONDOÑO CARDONA, Juan. Aborto en Colombia consideraciones epidemiológicas y Terapéuticas. XV Curso de Actualización en Ginecología y obstetricia. 2007.

### **Direcciones electrónicas**

[www. dane.gov.co/población/estadísticas vitales.](http://www.dane.gov.co/población/estadísticas_vitales)

[www. clap.ops-oms.org](http://www.clap.ops-oms.org)

## BIBLIOGRAFIA

ÁLVAREZ R, Emilia V, edit. Factores Relacionados a la inasistencia del 4to. Control prenatal en mujeres gestantes del área de Titigallo-Jironkota. Bolivia 2007; 79(1): 362.

BELIZÁN, José María; VILLAR, José; BELIZÁN, María M y GARROTE, Nora. Asistencia de embarazadas a la consulta prenatal en maternidades públicas de Rosario, Argentina. Bol. Of.sanit. Panam.86 1979; 2: 121-130

BOLETÍN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. Departamento del Huila. Neiva Huila 2008

BOWLING JM, Riley P. Access to prenatal care in North Carolina. Raleigh: North Carolina State center for Health Statistics, 1987.

CÁCERES, Flor de Maria. El control prenatal: una reflexión urgente. Revista colombiana de obstetricia y ginecología 2009; 60(2): pag.165-170.

\_\_\_\_\_. El control prenatal: Una reflexión urgente. En: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, volumen 160. Numero 2. Bogotá .abril/junio de 2009. p.4

CAMACHO AV, OPS, Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las Adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe revisión bibliografía 1988-1998, páginas 23 – 25, 60 - 64. Información ubicada en <http://www.adolec.org/pdf/Perfilweb.pdf>

CASTILLO SALAVERRY MD. Proyecto plan de Campaña para la promoción del control prenatal en los municipios de El tuma, La Dalia y waslada. Nicaragua: Universidad Centroamérica UCA 2001.

COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD. Acuerdo 008 2009.

CRUZ CHAVARRÍA JC. No cumplimiento a citas en atención prenatal de las embarazadas. Centros de salud San Francisco Buitrago y Ticuabtepe. Tesis Mangua 2006.

DANE 2005

EVALUACIÓN DEL CONTROL PRENATAL. Hospital de Kennedy 1 nivel ESE. Bogotá. 2006.

FESCINA B,; BUTRINO B, ; DE MUNICIO B, y MARTÍNEZ G. Sistema Informativo Perinatal: Historia clínica Perinatal. Organización Panamericana de la Salud. CLAP/SMR, N o 1563

HANS ALBRECHT VON WANDENFELS, Maryann Pflans, Ramón Jorge; Factores que influyen en la concurrencia al control prenatal en Montevideo, Uruguay

HERRERA JA. Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal. Colombia Médica 2002; 33(1): 21-25.

JHONSON S, Gibbs E,; Kogan M. ; Knapp C, y Hansen JH. Massachusetts prenatal care survey factors related to prenatal care utilization. Boston SPRANS Prenatal Care Project, Massachusetts Department of Public Health, 1987.

KALMUSS D, Darabi KF,; LOPEZ I, Caro FG, MARSHALL E, y CARTER A. Barriers to prenatal care: an examination of use to prenatal care among low-income womwn in New York City; New York: community service Society, 1987

LONDOÑO CARDONA, Juan. Aborto en Colombia consideraciones epidemiológicas y Terapéuticas. XV Curso de Actualización en Ginecología y obstetricia. 2007.

MC DONALD TP, Cobrun AF, The Impact of variations AFDC and Medicaid eligibility in prenatal care utilization, Portland: Health Policy Unit, Human Services Development Institute, University Southern Maine, 1986

MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, Lidia; REYES-FAUSTO, Sandra y GARCÍA-PEÑA, María del Carmen. Utilización Adecuada de la Atención Prenatal en El Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública Méx 1996; Vol. 38(5):341-351

OMS.-OPS. La salud en las Américas. Maternidad sin riesgo. Edición de 2002- Volumen 1.

\_\_\_\_\_ News WHO antenatal care model. Switzerland. Geneva, 2002.

QUELOPANA DEL VALLE, Ana María. Predictores del inicio del control prenatal en mujeres del área metropolitana de Monterrey. [Tesis de Doctorado]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de enfermería 2006. 131 p.

TAMEZ S, Valle RI, ; EIBENSCHUTZ C, y MÉNDEZ I. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. Salud Pública de México 2006; 48(5): 418-429.

VALADEZ FIGUEROA, Isabel *et al.* Atención prenatal: Conocimientos, actitudes y cuidados alternos en Jalisco. En: Red de Revistas de America latina y el Caribe, España y Portugal –Redalib-, volumen III, Numero 1, año 2001. Guadalajara-México. p. 39

VALENCIA Y,; PIZARROSO C,;HUAYNOCA S. Asistencia de Mujeres embarazadas al cuarto control prenatal. Biofarbo 2006; 14:23-27.

VECINO A. Determinants of demand for antenatal care in Colombia. Universidad del Rosario, facultad de economía. Septiembre de 2007

VILLATE CORREDOR, Yannet. Factores asociados a la no utilización de los servicios de control prenatal en el municipio de Duitama. [tesis de maestría]. Colombia: Universidad del Valle, Facultad de salud. 2008. 68 p.

VON WALDENFELS D, y PFLANZ M, Ramón J. Factores que influyen en la concurrencia al control prenatal en Montevideo Uruguay. Revista Médica del Uruguay 1992; 8(1): 1-9.

# ANEXOS

**Anexo A.** Formato recolección de datos Factores Asociados a la Inasistencia al control prenatal durante el primer trimestre en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián La Plata Huila

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EPIDEMIOLOGÍA**

**FACTORES ASOCIADOS A LA INASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL  
DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE EN MUJERES GESTANTES DE LA ESE  
SAN SEBASTIÁN LA PLATA HUILA 2009**

**1. DATOS DE IDENTIFICACION**

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**2. INFORMACION PERSONAL**

Estado civil Soltera  Casada  Viuda  Divorciada  Unión Libre   
Otros

Régimen de salud Contributivo   
Subsidiado   
Vinculado

Nivel de estudios   
Analfabetismo   
Primaria completa  Incompleta   
Secundaria completa  Incompleta   
Estudios Técnicos  Incompleta   
Universitarios

Área de Residencia  
Urbana  Rural

FUM: \_\_\_\_\_ semanas de Gestación: \_\_\_\_\_

1 Trimestre \_\_\_\_\_ 2 Trimestre \_\_\_\_\_ 3 Trimestre \_\_\_\_\_

### 3. CARACTERISTICAS GINECO-OBSTETRICAS

Número de embarazos \_\_\_\_\_ Número de Hijos nacidos vivos \_\_\_\_\_

Número de abortos \_\_\_\_\_ Número de mortinatos \_\_\_\_\_

FECHA REALIZACION ENCUESTA \_\_\_\_\_

FIRMA RESPONSABLE

**Anexo B.** Cronograma de actividades para la realización y presentación del proyecto.

<b>TIEMPO ACTIVIDADES</b>	<b>MAR-ABR -MAY</b>	<b>JUN-JUL- AGO</b>	<b>SEP-OCT- NOV</b>	<b>ENE-FEB</b>	<b>MAR-ABR</b>	<b>MAY-JUN</b>	<b>AGOS</b>
Revisión Bibliografía	X						
Formulación y delimitación del problema	X						
Elaboración Marco Teórico		X					
Prueba piloto del Instrumento		X					
Recolección Datos			X				
Codificación y Tabulación				X			
Análisis Datos				X			
Conclusiones					X		
Elaboración de Informe final					X		
Sustentación							X

**Anexo C.** Tablas de presupuesto por fuentes de financiación.

Presupuesto global de la propuesta por fuentes de financiación (en miles \$)

<b>RUBROS</b>	<b>TOTAL</b>
PERSONAL	2.190.000
EQUIPOS	\$1.850.000
SOFTWARE	
MATERIALES	\$260.000
SALIDAS DE CAMPO	
MATERIAL BIBLIOGRAFICO	\$192.000
PUBLICACIONES Y PATENTES	
SERVICIOS TECNICOS	
VIAJES	
CONSTRUCCIONES	
MANTENIMIENTO	\$150.000
ADMINISTRACION	
<b>TOTAL</b>	<b>\$4.642.000</b>

Descripción de los gastos del personal (en miles de \$)

<b>INVESTIGADOR/ EXPERTO/ AUXILIAR</b>	<b>FORMACION ACADEMICA</b>	<b>FUNCION DENTRO DEL PROYECTO</b>	<b>DEDICACION</b>	<b>RECURSOS</b>
Lina Paola Escobar	Bacterióloga	Investigador a	73 horasx\$15000	\$1095.000
Ramiro Córdoba	Medico general	Investigador	73 horasx\$15000	\$1095.000
<b>TOTAL</b>			146 horasx\$15000	<b>\$2.190.000</b>

Descripción de los equipos que se planea adquirir (en miles de \$)

<b>EQUIPO</b>	<b>JUSTIFICACION</b>	<b>RECURSOS</b>
Computador portátil marca HP	Sistematización datos, encuesta y elaboración proyecto. Presentación tesis.	\$1.850.000
<b>TOTAL</b>		<b>\$1.850.000</b>

Descripción y cuantificación de los equipos de usos propios  
(En miles \$)

<b>EQUIPO</b>	<b>VALOR</b>

Descripción de software que se planea adquirir (en miles de \$)

<b>EQUIPO</b>	<b>JUSTIFICACION</b>	<b>RECURSOS</b>

Descripción y Justificación de los viajes (en miles de \$)

<b>LUGAR/No. DE VIAJES</b>	<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>PASAJES (\$)</b>	<b>ESTADÍA (\$)</b>	<b>TOTAL DÍAS</b>	<b>RECURSOS</b>
<b>Total</b>					

Valoraciones salidas de campo (en miles de \$)

<b>ÍTEM</b>	<b>COSTO UNITARIO</b>	<b>NUMERO</b>	<b>TOTAL</b>
Total			

Materiales, suministros (en miles de \$)

<b>MATERIALES</b>	<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>VALOR</b>
Fotocopias	Encuesta y otros	\$30.000
Informe final para tesis, impresión, encuadernado	Defensa de tesis	\$230.000
Total		\$260.000

Bibliografía (en miles de \$)

<b>ÍTEM</b>	<b>JUSTIFICACION</b>	<b>VALOR</b>
Internet	Elaboración marco teórico	\$192.000
Total		\$192.000

Servicios técnicos (en miles de \$)

<b>EQUIPO</b>	<b>JUSTIFICACION</b>	<b>VALOR</b>

## **Anexo D. SESGOS**

Sesgos de memoria: este sesgo no se produjo por cuanto la fuente de datos la constituye las historias clínicas sistematizadas de la ESE.

Sesgos de información: Durante la recolección de la información de los registros de la historia clínica de las gestantes, se detectaron errores en el diligenciamiento de las variables ginecoobstétricas relacionadas con los antecedentes de embarazos previos, consistente en la inclusión de la gesta actual. Este error se controló al comparar la sumatoria de partos vaginales, cesáreas y abortos con el número de gestaciones.

Sesgos de confusión: Se controlaron los posibles factores confusores al realizar análisis estratificado teniendo en cuenta los grupos de referencia en cada una de las variables sociodemográficas y ginecoobstétricas.

Sesgos de selección: Para clasificar a las gestantes como caso o control se tomó como criterio de inclusión la edad gestacional de acuerdo a la fecha de la última menstruación; sin embargo, se encontraron registros en los cuales este dato no era confiable, debido a que la usuaria no la recordó durante la consulta. Por tal razón, se utilizó el reporte de la Ecografía como referencia para determinar la edad gestacional de ingreso al control prenatal.

## **Anexo E. Actividades**

Socializar los resultados del Proyecto de Investigación Factores Asociados a La Inasistencia al Primer Trimestre del Control Prenatal en Mujeres Gestantes de La Ese San Sebastián La Plata Huila 2009 en la institución donde se realizó la investigación.

Realizar estrategias educativas dirigidas a las mujeres en edad fértil y a las gestantes de la Plata Huila para crear conciencia de la importancia de iniciar los controles prenatales en el primer trimestre y continuar con una adecuada adherencia al programa de control prenatal de La Ese San Sebastián La Plata Huila.

Establecer actividades de educación médica continuada para los profesionales de la salud de La Ese San Sebastián de La Plata Huila que permitan disminuir la morbimortalidad materna y que estén dirigidas hacia la identificación y detección temprana de factores de riesgo en las Gestantes.

Establecer jornadas de educación médica dirigidas al mejoramiento de la calidad de las historias clínicas, haciendo énfasis en la importancia de consignar datos completos de anamnesis, examen físico, resultados de laboratorio y ecográficos, que permitan realizar estudios de investigación y establecer estadísticas epidemiológicas propias de la región.

Fomentar la creación de Grupos de Investigación en Salud en La Ese San Sebastián de La Plata Huila para realizar procesos investigativos con objetivos dirigidos a mejorar la calidad de vida de la población y reducir la morbimortalidad.