

CARACTERIZACIÓN DEL INICIO TARDIO DEL CONTROL PRENATAL EN LA
ESE MARÍA AUXILIADORA DE GARZÓN - HUILA. 2008

LUCY ALEXANDRA BETANCOURT ROJAS
ARIEL ZAPATA QUIMBAYO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA
NEIVA, HUILA
2010

CARACTERIZACIÓN DEL INICIO TARDIO DEL CONTROL PRENATAL EN LA
ESE MARÍA AUXILIADORA DE GARZÓN - HUILA. 2008

LUCY ALEXANDRA BETANCOURT ROJAS
ARIEL ZAPATA QUIMBAYO

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

Asesor
PEDRO REYES GASPAR
Médico, Especialista en Epidemiología

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA
NEIVA, HUILA
2010

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Neiva, Febrero de 2010

DEDICATORIA

A mi Señor, Jesús, quien me dio la fe, la fortaleza, la salud y la esperanza para terminar este trabajo.

A mis padres, Héctor e Ismenia quienes me enseñaron desde pequeña a luchar para alcanzar mis metas. Mi triunfo es de ustedes, ¡los amo!

A mis hermanos Jairo y Ruth y mi sobrino Santiago quienes me brindaron su cariño, su estímulo y su apoyo constante. ¡Gracias!

Lucy Alexandra

Con mucho cariño principalmente a mis padres que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento. Gracias por apoyarme en una carrera para mi futuro y creer en mí.

A mi esposa y mi hijo Santiago por su cariño, paciencia y compañía quienes siempre me motivaron para seguir adelante.

Ariel

AGRADECIMIENTOS

Los autores manifiestan sus más sinceros agradecimientos a:

La profesora Dolly Castro Betancourt, Magister en Epidemiología, Coordinadora de la Especialización en Epidemiología de la Universidad Surcolombiana.

A nuestro Asesor, Doctor Pedro Reyes Gaspar, por sus constantes y valiosos aportes para la realización de esta tesis.

A todos los profesores que pasaron por el transcurso de la Especialización por sus oportunos aportes.

A las gestantes y a la ESE María Auxiliadora de Garzón por la información suministrada para la elaboración del proyecto de investigación.

CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCION	13
1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	14
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	18
4. OBJETIVOS	20
4.1 OBJETIVO GENERAL	20
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
5. REFERENTE CONCEPTUAL	21
5.1 MUERTE MATERNA	22
5.2 MUERTE PERINATAL	22
5.3 CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA O PERINATAL	23
5.4 DEMORAS	24
6. DISEÑO METODOLOGICO	27
6.1 TIPO DE ESTUDIO	27
6.2 LUGAR DONDE SE REALIZO LA INVESTIGACIÓN	27
6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	29
6.4 ESTRATEGIAS PARA CONTROLAR LAS VARIABLES DE CONFUSION	30

	Pág
6.5 TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION	30
6.6. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACION	31
6.7 PRUEBA PILOTO:	31
6.8 PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	31
6.9 FUENTES DE INFORMACIÓN	32
6.10 ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN	32
6.11 CONSIDERACIONES ETICAS	32
7 RESULTADOS	34
7.1 ANALISIS UNIVARIADO	34
7.2 ANALISIS BIVARIADO	41
7.3 ANALISIS MULTIVARIADO	45
8. DISCUSIÓN	47
9 CONCLUSIONES	49
10. RECOMENDACIONES	50
BIBLIOGRAFIA	51
ANEXOS	53

LISTA DE GRAFICAS

	Pág
Gráfica 1: Trimestre de inicio del Control prenatal en la ESE María Auxiliadora de Garzón 2008.	34
Gráfica 2: Grupo Etéreo de las gestantes de la ESE María Auxiliadora de Garzón 2008.	35
Gráfica 3: Estado civil de las gestantes de la ESE María Auxiliadora de Garzón 2008.	36
Gráfica 4: Procedencia de las gestantes de la ESE María Auxiliadora de Garzón 2008.	36
Gráfica 5: Ocupación de las gestantes de la ESE María Auxiliadora de Garzón 2008.	37
Gráfica 6: Nivel educativo de las gestantes de la ESE María Auxiliadora de Garzón 2008.	38
Gráfica 7: Embarazo planeado en las gestantes de la ESE María Auxiliadora de Garzón 2008.	39
Gráfica 8: Número de Hijos de las gestantes de la ESE María Auxiliadora de Garzón 2008.	40
Gráfica 9: Oportunidad en la atención de las gestantes de la ESE María Auxiliadora de Garzón 2008.	40
Gráfica 10: Atención del Profesional en el Control Prenatal de las gestantes de la ESE María Auxiliadora de Garzón 2008.	41

LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla 1 Estado civil Vs Trimestre de inicio del control prenatal en las gestantes de la ESE María Auxiliadora de Garzón, 2008.	42
Tabla 2: Nivel educativo Vs trimestre de inicio del control prenatal en las gestantes de la ESE María Auxiliadora de Garzón, 2008.	42
Tabla 3: Procedencia Vs trimestre de inicio del control prenatal en las gestantes de la ESE María Auxiliadora de Garzón, 2008.	43
Tabla 4: Embarazo planeado Vs trimestre de inicio del control prenatal en las gestantes de la ESE María Auxiliadora de Garzón, 2008.	44
Tabla 5: Análisis mujeres que planearon su gestación, escolaridad y trimestre de inicio del control prenatal en las gestantes de la ESE María Auxiliadora de Garzón, 2008.	45
Tabla 6: Gestantes viven en zona urbana, nivel educativo y y trimestre de inicio del control prenatal en las gestantes de la ESE María Auxiliadora de Garzón.	46

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	54
Anexo B FACTORES RELACIONADOS CON EL INICIO DEL CONTROL PRENATAL. ESE MARIA AUXILIADORA, GARZÓN 2008	57
Anexo C ANILISIS UNIVARIADO	59

RESUMEN

La atención temprana para toda mujer gestante garantiza la identificación precoz de factores protectores y de riesgo para la gestación, también permite el diagnóstico, intervención y seguimiento oportuno de toda situación deletérea para la salud materna y perinatal, por lo tanto es crucial el inicio temprano del control prenatal (antes de la semana 14). Objetivo: Caracterización del inicio tardío del control prenatal, después de la primera falta menstrual en las gestantes de zona urbana y rural de Garzón, durante el 2008. Materiales y métodos: estudio descriptivo, de corte transversal con 272 gestantes que acudieron al programa de control prenatal en la ESE María Auxiliadora del municipio de Garzón, en el periodo comprendido de octubre de 2008 a enero 2009, se aplicó una encuesta como instrumento para recolección la información. Resultados: El inicio tardío (pasada la semana 14) para las gestantes está determinada por el nivel educativo bajo (primaria completa e incompleta) con el 52,4%; los grupos con edad extrema 10 a 15 años con proporción de 42,9% y mayores de 40 años con el 50%, ser gran múltipara con 33,3%, para el estado civil ser solteras el 29,4%, unión libre 29,4% y no planear el embarazo con el 28,3%. Se evidencia que residir en la zona rural dispersa no influye en el inicio del CPN, demostrado por un 23,8% de la zona rural, frente al 28,8% de la zona urbana que iniciaron tardíamente. Conclusiones: los factores hallados y que incide negativamente para el inicio del control, se encuentran principalmente: edad, el nivel educativo, y el estado civil. En algunos casos cuando las personas presentan dos o más factores estos se potencian y aumentan los factores deletéreos para la asistencia al cuidado prenatal.

Palabras clave: Gestante, Control Prenatal, inicio Tardío, Factor de riesgo.

ABSTRACT

Early care for all pregnant women ensures the early identification of risk and protective factors for pregnancy, it also allows the analysis, intervention and timely follow any deleterious situation for maternal and perinatal health, therefore it is crucial to early initiation of prenatal (before week 14). Objective: To characterization the initiation after of prenatal care the first missed menstrual pregnant women in urban and rural Garzon, in 2008. Materials and methods: descriptive, cross-sectional with 272 pregnant women attending antenatal care program in the ESE Maria Auxiliadora of the municipality of Garzon in the period October 2008 to January 2009, a survey was applied as a tool for gathering information. Results: The late onset (after the week 14) for pregnant women is determined by the low educational level (primary complete and incomplete) with 52.4%, the extreme age groups 10 to 15 years with share of 42.9% and over 40 years with 50%, being 33.3% multipara great to be single marital status 29.4%, 29.4% common-and not planning pregnancy to 28.3%. It is evident that reside in rural dispersed not influencing the beginning of the CPN, as demonstrated by 23.8% in rural areas, compared with 28.8% of the urban area that started late. Conclusions: Factors found and which have negative effects for the start of control, are mainly: age, educational level and marital status. In some cases when people have two or more factors are enhanced and these factors deleterious to increase assistance to prenatal care.

Keywords: Gestation, prenatal care, late-onset risk factor.

INTRODUCCION

Se tiene una preocupación en los diversos sectores de la salud, por el aumento en las cifras de muertes maternas y perinatales en el Huila, según reporte del boletín epidemiológico año 2007 en el cual la tasa de mortalidad materna es de 51.9 (por 100.000 nacidos vivos) mientras que en el 2006 fue de 42.5 (por 100.000 nacidos vivos) y la mortalidad perinatal de 11.2 (por 1000 nacidos vivos). La secretaría de salud Departamental en el 2007 se declaró en alerta y exigió el cumplimiento estricto de la normatividad y la obligatoriedad en la identificación de los factores de riesgo y el seguimiento al control prenatal.

El primer paso para la atención ideal de la materna es identificar los factores que intervienen en el proceso y control de la gestación, entre los cuales se encuentran los inherentes a la persona, la cultura, la sociedad y el medio y, los más destacados son: biológicos, geográficos, económicos, ocupacionales, sociodemográficos, políticos, del servicio de salud, entre otros, cada factor presenta condiciones que influyen de forma positiva o negativa sobre el inicio del control.

Se deben identificar, medir e intervenir los factores que inciden de forma negativa sobre el inicio del control prenatal, para formular planes de mejoramiento, evaluar políticas en salud y garantizar que toda mujer inicie su control prenatal después de la primera falta menstrual y antes de la semana catorce (14) de gestación, para intervenir y controlar oportunamente factores de riesgo, disminuir las complicaciones de la gestación, parto, postparto y reducir la mortalidad materna y perinatal en el municipio de Garzón y departamento del Huila.

Para caracterizar el inicio tardío del control prenatal en las gestantes, se propuso un estudio de prevalencia, que permita detectar en las embarazadas y el sistema de salud las debilidades y se logre visualizar soluciones que superen los obstáculos, se permita ingresar tempranamente al programa para identificar, intervenir y disminuir las posibles complicaciones del proceso en mención.

1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Según el estudio realizado para evaluar el control prenatal en la IPS Comfamiliar Huila Neiva en el periodo Noviembre 2004 a agosto 2005 se evidencio a través de los registros de historia clínica que el 66.8% de las embarazadas llegan al control prenatal durante el primer trimestre. En cuanto al análisis socio demográfico de las asistentes del control prenatal de la IPS se encontró que el 37.77% de las mujeres embarazadas se encuentran entre los 15 y 20 años, en cuanto el estado civil al momento de asistir al programa se encontró que el 71.11% convivía en unión libre.

Al evaluar el nivel educativo se encontró que el 55.55% había cursado la secundaria y el 35.55% la primaria únicamente.¹

En el estudio realizado para determinar las características epidemiológicas de las muertes perinatales ocurridas en Neiva durante el 2006 al analizar la escolaridad de la madre se encontró que el 57.7% había cursado la secundaria y tenía estudios universitarios. El área de residencia más frecuente fue la urbana con relación 9:1 respecto a la rural y las multíparas presentaron mayor proporción de muertes perinatales (55.1%).²

En la Fundación Clínica Valle del Lili, Cali, Colombia en el periodo de 1985 hasta 2003 se realizó un estudio para determinar si el embarazo en la adolescencia está asociado con un mayor riesgo de resultados adversos del embarazo en el cual se encontró mayor riesgo de muerte materna, muerte neonatal temprana, y la anemia en comparación con las mujeres de 20 años a 24 años. Además, todos los grupos de edad de los adolescentes presentaron mayor riesgo de hemorragia posparto, endometritis puerperal, el parto vaginal, la episiotomía, el bajo peso al nacer, parto pretérmino.³

Según el boletín epidemiológico del Departamento del Huila de Salud Sexual y Reproductiva del año 2008, en el municipio de Garzón, la captación de la gestantes en el primer trimestre de gestación fue de 65.3%, en el segundo trimestre 26,2% y en el tercero 8,5%. En el Departamento en el primer trimestre de gestación fue de 71.3%, en el segundo trimestre 21,3% y en el tercero 87,2%. Lo anterior demuestra que hay un alto porcentaje iniciando el control prenatal

¹ MAZABEL Córdoba, Carlos Daniel. Evaluación del control prenatal en la IPS Comfamiliar Huila Neiva noviembre 2004 a agosto 2005. p 69-71.

² ORTIZ Perdomo, Rosa Liliana. Características epidemiológicas de las muertes perinatales ocurridas en Neiva durante el año 2006. p 70

³ CONDE-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Fundación Clínica Valle del Lili, Cali. PMID: 15695970 - PubMed

tardíamente, aumentando el riesgo de morbilidad y mortalidad materno y perinatal en el municipio de Garzón.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención temprana para toda mujer gestante garantiza la identificación precoz de factores protectores y de riesgo para la gestación y permite el diagnóstico, intervención y seguimiento oportuno de toda situación deletérea para la salud materna y perinatal.

El aborto, la muerte materna y muerte perinatal es el peor desenlace de la gestación de los cuales, los casos evitables se deben a debilidad en los procesos, estrategias y formación de la usuaria y profesional de salud.

Reporte de la OMS indican que la mortalidad materna tiene una razón general de 430 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, sin embargo en los países en desarrollo esta razón es de 480 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. En Colombia a pesar que la tasa de mortalidad materna presenta una tendencia a la disminución, en los últimos 8 años (hasta el 2005) ha pasado de 119.8 a una tasa de 78.2 por 100.000 nacidos vivos.

El sistema de salud en Colombia ha realizado grandes avances en el cuidado de la mujer gestante y garantizado atención con calidad técnica y humana, que de acuerdo a los indicadores en el año 2000 sólo el 30% de las gestantes atendidas fueron captadas en el primer trimestre del embarazo. Para el año 2005 esta proporción aumentó al 71%, de estas el 83% de las gestantes obtuvieron 4 o más controles prenatales. Este progreso se refleja en la disminución de la mortalidad materna y perinatal (Boletín Epidemiológico Huila, Cundinamarca, Cali y reporte del Ministerio de la Protección Social 2007).

El Huila no es ajeno al progreso y mejoramiento de la atención materna y perinatal, según los boletines epidemiológicos en los últimos años el progreso ha sido significativo, la mortalidad materna en el año 2006 de 67,7 disminuyó para el año 2007 a 53,4 muertes en mujeres por cada 100.000 nacidos vivos.

Este logro se debe a la implementación de estrategias para la captación temprana y adherencia al control prenatal, evidenciándose en el 2006 el 95% de las gestantes recibieron atención prenatal institucional de las cuales el 60.1% se inicia en el primer trimestre, el 24,4% en el segundo trimestre y el 10.4% en el tercer trimestre. Para el año inmediatamente anterior (2008), la cobertura del control prenatal fue del 93,9% las gestantes captadas en el primer trimestre correspondieron al 71,3%, en segundo trimestre 21,3% y en tercer trimestre se captó el 7,1%. A pesar de estas mejoras es necesario identificar y caracterizar los factores que inciden para el inicio tardío del control prenatal (segundo y tercer trimestre).

Con lo anterior se puede concluir que el Huila en los tres últimos años ha cumplido la meta del 90% de gestantes con atención prenatal, sin embargo la captación en primer trimestre requiere grandes esfuerzos para reducir todos los factores que intervienen negativamente para el inicio temprano del control prenatal.

En la ESE Mará Auxiliadora de Garzón desde el 1 de enero hasta el 30 de agosto del 2008 se captaron y atendieron 887 gestantes, de estas 544 iniciaron control en el primer trimestre, 266 en segundo trimestre y 77 en tercer trimestre, para una proyección en el año de 1619 según la evidencia, las gestantes que inician control prenatal pasadas las catorce (14) semanas (segundo y tercer trimestre) tienen mayor riesgo de complicaciones durante la gestación, parto y postparto. Adicional encontramos que 186 de las gestantes atendidas en la institución están clasificadas como alto riesgo. Los anteriores hallazgos muestran que comparados con las metas establecidas por el Ministerio de la Protección Social y directrices del Departamento, se requieren esfuerzos para su cumplimiento, por tal motivo se debe caracterizar el inicio tardío del control prenatal en las gestantes que acuden a la ESE María Auxiliadora en el municipio de Garzón Huila, como una estrategia de fortalecimiento de las intervenciones en salud pública.

En diferentes estudios y documentos de la Secretaría de Salud Departamental (protocolo plan de choque para la mortalidad materna), se demuestra que existen factores que inciden con mayor poder sobre el inicio del control prenatal y la adherencia de la usuaria al programa como son: Factores biológicos, geográficos, económicos, ocupacionales, sociodemográficos, sociales, políticos, y de servicios de salud, entre otros, que condicionan el inicio temprano, tardío o la ausencia del control prenatal los cuales inciden en casos de morbi –mortalidad materna y perinatal. Estos condicionantes no se han estudiado, analizado ni medido la prevalencia en las gestantes garzoneñas.

3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El ingreso al control prenatal antes de la semana 14 es trascendental para calificar como apropiado el cuidado de la embarazada y su niño(a). En el municipio de Garzón Huila, ubicado al centro occidente del Departamento; según DANE las mujeres en edad fértil para el año 2008 fue 8.281 y las gestantes proyectadas para el año 1.619, de las cuales al 30 de agosto de 2008 se captaron y atendieron 887 embarazadas, con cobertura del 55% de las gestantes proyectadas. De estas mujeres solo 544 (61,3%) inicio el control prenatal en el primer trimestre (antes de la semana 14) y una proporción crítica de 77 (8,6%) ingresó al programa pasadas las 28 semanas de gestación, adicional a esta situación 319 de las gestantes son jóvenes entre 10 y 19 años (36%). Esta descripción muestra que; en las gestantes del municipio prevalece algún tipo de riesgo, que en determinado momento puede generar complicaciones maternas y perinatales.

La implementación de estrategias para la captación temprana y adherencia al control prenatal en Garzón ha mejorado, en el 2006 el 104,8% de las gestantes con atención prenatal institucional (gestantes atendidas/proyectadas) de las cuales el 65.7% inicio en el primer trimestre, el 24,1% en el segundo y el 15.0% en el tercer trimestre.

Para el año 2007, la cobertura en control prenatal fue del 107,8% (gestantes atendidas /proyectadas) las gestantes captadas en el primer trimestre correspondieron al 47,0%, en segundo trimestre 27,4% y en tercer trimestre se captó el 13,8%. La mejoría ha sido significativa, porque la mortalidad materna en el año 2006 fue de 81 muertes por 100.000 nacidos vivos y disminuyó para el año 2007 y 2008 a 0 muertes por cada 100.000 nacidos vivos; y la muerte perinatal del año 2006 de 12.2 bajo en el 2007 a 9,4 por cada 1000 nacidos vivos.

A pesar de estas mejoras es necesario identificar y caracterizar los factores que inciden en el inicio tardío del control prenatal (segundo y tercer trimestre) con el objetivo de mantener la mortalidad materna en cero (0), disminuir la mortalidad perinatal, aumentar el inicio del control prenatal en el primer trimestre al 90% y mejorar la adherencia al control.

El mejoramiento de los anteriores indicadores en salud se puede lograr mediante la implementación de estrategias concertadas con la comunidad e intervención de diversas situaciones de las cuales hay factores determinantes identificados en la

comunidad, descritos en la literatura y en algunos trabajos de investigación⁴⁻⁵ entre ellos: la alta paridad en mujeres dedicadas a labores del hogar y agrícolas, algunas solteras sin pareja estable, con baja afiliación a la seguridad social, baja escolaridad y apoyo familiar insuficiente. A estos factores se suman las largas distancias que tienen que recorrer para acudir al centro de salud más cercano, los costos del transporte y las pérdidas económicas que tienen al dejar sus labores ordinarias.

El cuidado prenatal durante la gestación es básico para prevenir la mortalidad materna y perinatal, los cuales son eventos trascendentales en salud pública a nivel comunitario y familiar. En el 2005, según registros de la OMS, la mortalidad materna tiene una razón de 430 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en Colombia

Dentro de las prioridades definidas en el Plan Nacional de Salud Pública se encuentra: Salud Sexual y Reproductiva donde se tiene establecido que en los planes de Salud Territorial y en los planes operativos Departamentales y municipales se crean intervenciones y acciones favoreciendo el cumplimiento de las metas de los seis componentes de la política.

⁴ CARRILLO U. Abelardo: Maternal Mortality in Colombia: Some Thoughts on the Situation and Public Policy During Last Decade

⁵ PAZMIÑO de Osorio Sonia, Guzmán-Gómez Ney: Control prenatal y su impacto en la mortalidad materna. Análisis de una tendencia, 1994-2004. Cali, Colombia

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Caracterizar el inicio tardío del control prenatal, después de la primera falta menstrual en las gestantes de la ESE María Auxiliadora de zona urbana y rural del Municipio de Garzón, durante el 2008.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características socio demográficas de las gestantes de la ESE María Auxiliadora del municipio de Garzón Huila, año 2008.
- Valorar la accesibilidad a los servicios de salud de las gestantes del municipio de Garzón, durante el año 2008.
- Establecer la percepción de las usuarias sobre los servicios de salud recibidos en la IPS y su influencia para el inicio del control prenatal.

5. REFERENTE CONCEPTUAL

En el control prenatal se identifican los riesgos relacionados con el embarazo y se planifica el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo, según normatividad del Ministerio de la Protección Social.⁶

En 1987 se lanzó la Estrategia de la Maternidad Segura para la reducción de la mortalidad evitable, por la Organización mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas debido que las muertes causadas por las complicaciones del embarazo y el parto eran un problema poco conocido y bastante ignorado. Diez años más tarde la prevención de estas muertes se ha convertido en una prioridad internacional y muchos países han hecho un significativo progreso en la expansión y mejoramiento de los servicios de salud materna.

La iniciativa mundial se ha convertido en una singular agrupación de asociados de más de 100 países, integrada por gobiernos, agencias donantes y de cooperación técnica, organizaciones no gubernamentales y defensores de la salud de la mujer, cuyos socios están trabajando conjuntamente para proteger la salud y la vida de las mujeres, especialmente durante el embarazo y el parto.^{7 8}; En Colombia el Ministerio de Protección social y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia UNICEF esta efectuando una estrategia: Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia, IAMI, que ayudan a las instituciones de salud, al personal de salud y a los grupos comunitarios que apoyan las acciones institucionales en los aspectos de salud y nutrición de madres, niñas y niños, a orientar, realizar y evaluar las acciones necesarias para mejorar el estado de salud materna infantil.⁹

La maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de la mujer, pero también uno de los más peligrosos, si las condiciones sociales y sanitarias de apoyo, relacionadas con la gestación, el parto y el puerperio no son las apropiadas.

⁶ Ministerio de Salud. Norma Técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. 2002.

⁷ Organización Panamericana de la Salud. La mortalidad materna en las Américas. Boletín epidemiológico .1993.14

⁸ ALFONSO M: Mortalidad Materna: algunos factores a considerar 1986 – 1995. Revista Cubana Obstétrica Ginecológica 1998; 24(2):80-5.

⁹ Ministerio de Protección Social, Fondo de Naciones Unidas UNICEF. Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia. Bogotá, Colombia.2008.

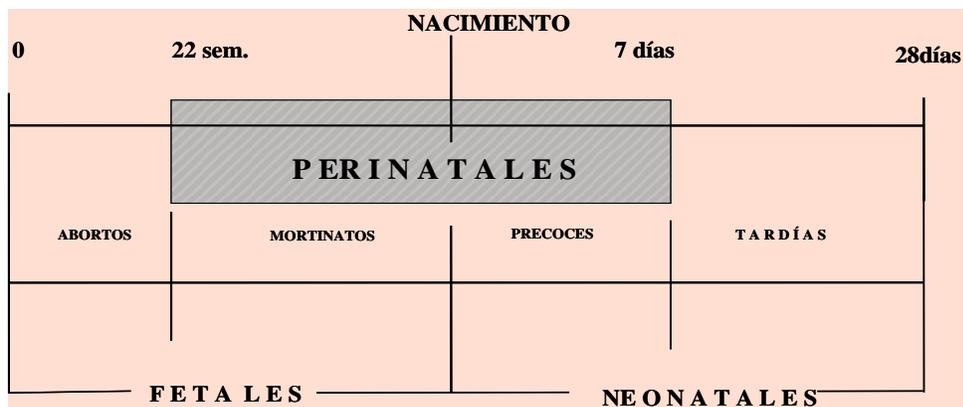
5.1. MUERTE MATERNA

Es toda muerte de una mujer mientras está en embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del mismo, independientemente de la duración y el sitio de embarazo, y que se debe a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.¹⁰

Entre 90% a 95% de las muertes maternas son evitables con un adecuado conocimiento y uso efectivo de las tecnologías existentes. La muerte de una mujer o el deterioro de su salud tienen consecuencias graves para el bienestar de la familia, la comunidad y la nación, si se tiene en cuenta que se encuentra no sólo en edad reproductiva sino que, además, está en edad productiva y que en nuestra sociedad la mujer aporta en la educación de los hijos, labora e incluso es cabeza de familia.

5.2. MUERTE PERINATAL

Es la que ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas completas (154 días) de gestación y los siete días completos después del nacimiento o mayor de 500 gramos de peso,¹¹ estas muertes es el producto final de una serie compleja de factores que actúan sobre el continuo de la vida de la mujer, desde su nacimiento hasta su etapa productiva.



Fuente: Protocolo de vigilancia de la mortalidad perinatal, protocolos vigilancia en salud pública Colombia, 2008.

¹⁰ Instituto Nacional de Salud. Protocolo vigilancia de Mortalidad Materna 2008.

¹¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de la Mortalidad Perinatal 2008.

Los factores determinantes de la muerte materna pueden estar relacionados con el contexto social, entre los cuales se destacan, el estado de bajo nivel económico, educativo, legal o familiar de la mujer y los relativos a su estado de salud, su conducta reproductiva y el acceso y calidad de los servicios de atención materna y planificación familiar.¹²

5.3. CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA O PERINATAL

- **Causas obstétricas directas:** son aquellas generadas como consecuencia de complicaciones del embarazo, parto o puerperio o por tratamientos incorrectos, intervenciones inoportunas, omisiones o por la conjugación de éstos. Por ejemplo: embarazo terminado en aborto, edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio, otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo, atención materna relacionada con el feto y con los posibles problemas del parto, complicaciones del trabajo de parto y del parto, el puerperio. muerte por secuela de causas obstétricas directas que ocurre un año o más después del parto.
- **Causas obstétricas indirectas:** son aquellas generadas como consecuencia de enfermedades preexistentes o de otras que aparecen en el curso del embarazo y que sin estar relacionadas con éste provocan la muerte al ser agravadas por el efecto fisiológico del embarazo. Como son: enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio
- **Causas no obstétricas:** son las que sin estar relacionadas con el acto médico llegan a determinar si una mujer vive o muere en el embarazo o por complicaciones del parto o puerperio. Se comprenden dentro de éstas los problemas de tipo logístico, déficit de transporte, falta de combustible, deficiencias de equipos, medicamentos y derivados sanguíneos, deficiencia de personal capacitado, descuido, negligencia; incluye también los aspectos sociales relacionados, tales como nivel educativo, mala nutrición, situación económica, y los aspectos culturales que ponen en riesgo a la gestante.
- **Causas accidentales e incidentales:** son causas fortuitas en su naturaleza que se presentan durante la gestación, parto o puerperio, y que la maternidad

¹² Instituto Nacional de Salud. Vigilancia de la mortalidad materna, Colombia, 2001-2002. Informe Epidemiológico. 2003;8(9): 145-60.

no es la causa básica, condicionante o determinante de la muerte; incluyen el homicidio y el suicidio.

En el año 2004 el Ministerio de Protección social desarrollo una metodología “La ruta de la vida, camino a la supervivencia” es modelo analítico que permite planear intervenciones en diferentes momentos para reducir la mortalidad materna y perinatal allí se abordan barreras traducidas en demoras que están relacionadas con las causas no médicas que intervienen en las muertes maternas y perinatales.

A continuación se relacionan las posibles demoras que se pueden detectar durante el proceso que condujo a la muerte perinatal

5.4. DEMORAS

DEMORA 1: Reconocimiento del problema (Retraso por desconocimiento de la necesidad de la atención en salud por parte de la gestante).

DEMORA 2. Oportunidad de decisión y la acción (Retraso en las decisiones para solicitar atención).

DEMORA 3. Acceso a la atención / Logística de referencia (Retraso por problemas de acceso a los servicios de salud o demora en la remisión).

DEMORA 4. Calidad de la atención (Retraso por conducta inadecuada o inapropiada del personal de salud)¹³

La razón de mortalidad materna es considerada un indicador trazador debido a que refleja las condiciones de vida de una comunidad y la calidad en la atención de los servicios de salud. Así mismo un alto porcentaje de causas asociadas a la mortalidad materna se consideran que son por causas evitables. La mortalidad es un fenómeno demográfico que se caracteriza por ser inevitable, no repetible e irreversible. Es inevitable, porque todo individuo perteneciente a una generación lo experimentará, quedando únicamente por determinar el momento –es decir, la edad – de la muerte. Por esta razón, la intensidad de la mortalidad en términos longitudinales es siempre máxima: una hipotética tasa bruta por generación será siempre de mil por mil. Es no repetible, porque cada persona sólo lo puede experimentar una sola vez y sólo una. Y es irreversible, porque supone un cambio de estado – de vivo a muerto- sin posibilidad de retorno al anterior.¹⁴

¹³ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Mortalidad Materna 2008.

¹⁴ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de la mortalidad materna. 2004.

El embarazo es uno de los eventos más peligrosos de la vida de una mujer si no se cuenta con las condiciones sanitarias, sociales y de apoyo apropiadas relacionadas con la gestación, el parto y el puerperio. Casi todas las muertes maternas podrían evitarse con adecuados programas de control prenatal, servicios oportunos y calificados en el proceso del parto.¹⁵

En un estudio realizado por la Organización Panamericana de la salud en la atención del control prenatal en las zonas rurales y urbanas se concluyó que un buen porcentaje de mujeres embarazadas tiene acceso a servicios de atención prenatal, pero las madres en zonas rurales que eligieron acudir a dichos servicios tuvieron un poco menos del mínimo de cuatro consultas, cantidad recomendado por la Organización Mundial de la Salud. El nivel educativo de las madres y de sus parejas es un factor pronóstico muy importante en relación con el uso de servicios de atención prenatal. Las consultas repetidas se vieron obstaculizadas en las zonas rurales por el mayor tiempo de desplazamiento y la mayor distancia hasta el centro de salud.

Un adecuado control prenatal que se asocie con la prevención del parto pretérmino, la ruptura prematura de membranas y la preeclampsia, son las acciones más importantes para tener en cuenta durante la gestación, donde intervenciones como el diagnóstico y el manejo oportuno de la bacteriuria asintomática, las vaginosis bacterianas y los suplementos con calcio, son exitosas y tendrían gran impacto en la reducción del bajo peso al nacer, si se realiza a tiempo. Un programa de salud pública que contemple estos aspectos contribuiría a reducir la morbilidad y mortalidad perinatales.¹⁷

El Ministerio de Protección Social ha venido creado Leyes, Decretos y Resoluciones a través de los años en los cuales se quiere mejorar la salud de la población Colombiana, fundamentalmente la de la mujer y los niños; una de las más recientes es el Decreto 3039 del 10 agosto de 2007, en su Capítulo IV: Situación de Salud del Plan Nacional de Salud Pública, plantea que el acceso a servicios de salud por las gestantes ha presentado un constante incremento; en lo referente a atención prenatal, se registra no sólo un incremento en la cobertura sino también, en la proporción de gestantes captadas en el primer trimestre del embarazo y atendidas por personal profesional, de modo que la cobertura de atención prenatal adecuada pasó de 82,0% en 1990, a 82,6 en 1995, 90,8% en el 2000 y 93,5% en el 2005. Así por ejemplo, mientras en el año 2000 sólo el 30% de

¹⁵ ZEMELMAN Hugo, Crítica epistemológica de los indicadores. 1ª ed. El Colegio de México. Centro de estudios sociológicos México. 1989

¹⁶ PIERRE K. Utilización de servicios de atención prenatal en las zonas rurales y las zonas urbanas de Haití. Revista Panamericana de la Salud Pública. 2005; 18(2) 84-92

¹⁷ EDGAR Ivan, O. Estrategias para la prevención del bajo peso al nacer en una población de alto riesgo, según la medicina basada en la evidencia. Colombia Médica. 2001; 32(4)

las gestantes atendidas era captada en el primer trimestre del embarazo, para el año 2005, esta proporción aumentó a 71% y el 83% de las gestantes tuvo 4 o más controles prenatales. En el periodo 1990 - 2005 se observa descenso de 20% a 6% en la proporción de embarazos sin atención prenatal institucional. En el mismo periodo la atención prenatal por médico aumentó de 79% a 88% en los antiguos territorios nacionales, mientras que la cobertura del parto Institucional aumentó de 86% al de 92%.¹⁸

¹⁸ Ministerio de Protección Social. Plan Nacional de salud Pública. Decreto 3039.2007:17

6. DISEÑO METODOLOGICO

6.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal con las gestantes inscritas al programa de control prenatal en la ESE María Auxiliadora del municipio de Garzón, en el periodo comprendido de octubre de 2008 a enero 2009, para determinar la prevalencia de los factores que inciden en el inicio tardío del control Prenatal, mediante la utilización de una encuesta como instrumento para recolección la información.

6.2. LUGAR DONDE SE REALIZO LA INVESTIGACIÓN

MUNICIPIO: Garzón, Departamento del Huila – Colombia.

INSTITUCIÓN: Empresa Social del Estado María Auxiliadora Primer nivel de atención.

AREA: Consulta externa, Promoción y Prevención, algunos barrios del municipio de Garzón, domicilio de las gestantes inasistentes del municipio y veredas con sus centros poblados.

CONSULTA EXTERNA Y PROMOCION Y PREVENCIÓN

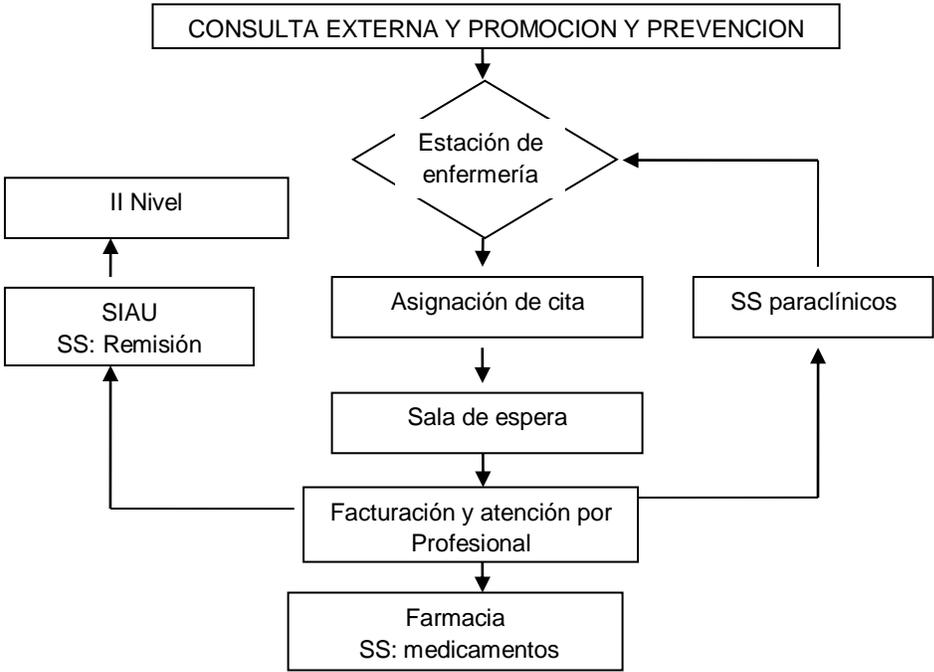
El área de consulta externa y de Promoción y Prevención de la ESE María Auxiliadora, atiende diariamente e integralmente a los usuarios que asisten a consulta de lunes a viernes de 7:00am a 4:00pm y los días sábados de 7: AM a 11Am.

El área de consulta externa de la ESE está ubicada en la parte occidental al lado de los servicios de odontología y vacunación, cuenta con 7 consultorios, y el área de promoción y prevención se encuentra en la entrada al frente de facturación y cuenta con 7 consultorios.

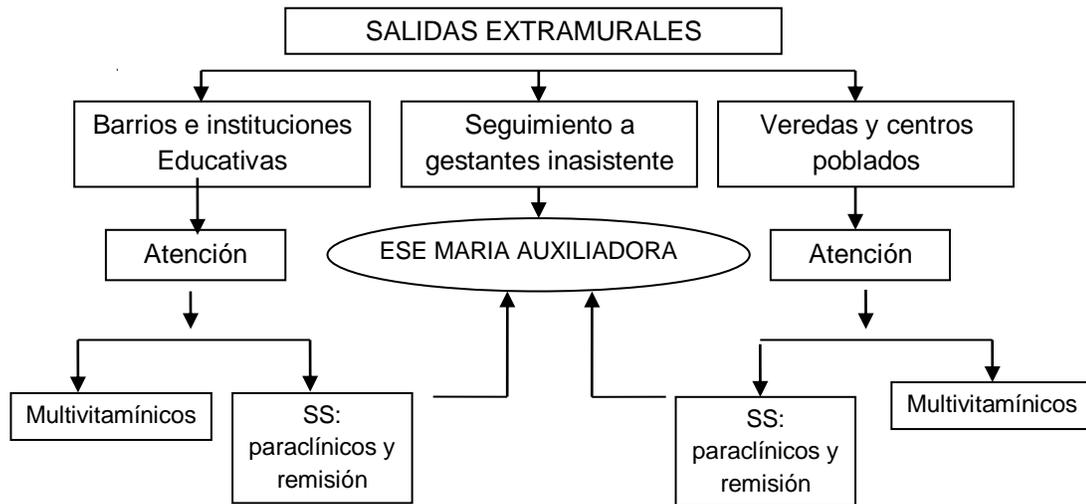
La ESE tiene una unidad móvil asistida o atendida por: Medico, Enfermera, y Odontóloga, la cual diariamente se desplaza por cada uno de las zonas del municipio, instituciones públicas y privadas, realizando búsqueda activa y atención integral a toda la comunidad Garzoneña. Además una auxiliar de enfermería que realiza seguimiento vía telefónica y visita a la casa a las gestantes inasistentes al programa del Control prenatal.

A continuación se presentan los flujogramas de atención a las gestantes en la ESE María Auxiliadora de Garzón:

Flujograma 1. PROCESO DE ATENCIÓN ESE MARIA AUXILIADORA



Flujograma 2. SERVICIO EXTRAMURAL



6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

En Garzón las mujeres en edad fértil para el año 2008 eran según el DANE de 8.281, las gestantes proyectadas para el año 2008 fueron 1619 y desde el 1 de enero hasta el 30 de agosto de 2008 se atendieron 887 gestantes inscritas en el programa de control prenatal en la ESE María Auxiliadora del municipio de Garzón.

MUESTRA

Para el desarrollo de la investigación se tomó una muestra constituida por todas las gestantes que asistieron al control prenatal de octubre 2008 a enero de 2009, a quienes se les aplicó la encuesta como instrumento de recolección de la información. La muestra corresponde a 272 gestantes inscritas que asistieron a control prenatal durante el periodo comprendido de octubre de 2008 a enero de 2009.

6.4 ESTRATEGIAS PARA CONTROLAR LAS VARIABLES DE CONFUSIÓN

- Usuarías que semanas anteriores tenían un centro de atención diferente a Garzón.
- Inconformidad (sesgo) con la atención prestada antes de la gestación (usuarias insatisfechas con atención en eventos de salud anteriores al embarazo).
- Usuarías que asisten por primera vez a consulta.

6.5 TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

La técnica para la recolección de información fue mediante la utilización de la encuesta, la cual es un instrumento conformado por un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa de la población o institución, con el fin de conocer estados de opinión o hechos específicos. El investigador debe seleccionar las preguntas más convenientes, de acuerdo con la naturaleza de la investigación y sobre todo, considerando el nivel educativo de las personas que van a responder el cuestionario.

El procedimiento para la recolección de la información fue:

Se corroboró la gestante identificada, con la base de datos de la ESE, para así controlar y dar una mayor cobertura a todas las inscritas al programa en el periodo de estudio, y a su vez registrar la semana gestacional exacta del inicio al control.

A la gestante previamente identificada en la base de datos; en el momento de asistir a consulta de control prenatal se solicitó su autorización para participar en el estudio y se explicó el objetivo del mismo.

El tiempo para el diligenciamiento fue de aproximadamente 15 a 20 minutos; su contenido fue claro, sencillo, las preguntas fueron de selección para una mayor facilidad en la respuesta. En caso de duda el entrevistador aclaró o explicó la pregunta.

Lugar para aplicar la encuesta:

La encuesta se entregó a la usuaria en la sala de espera de la institución para que la respondiera individualmente también en veredas y centros poblados, a las

usuarias con que no sabían leer, el entrevistador le pregunto cada uno de los ítem y los anoto frente a la usuaria.

6.6 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACION

El instrumento para la recolección de la información se diseño con base en las variables identificadas, contó de 26 preguntas con un lenguaje claro, sencillo, donde se les indico la forma de diligenciar la encuesta. (Ver anexo B)

6.7 PRUEBA PILOTO

Se realizó la prueba piloto en la cual se aplicaron 30 encuestas a usuarias asistentes al control prenatal en la ESE María Auxiliadora, detectando hallazgos y realizando los siguientes ajustes a los mismos:

- Se replanteo la pregunta 23 del cuestionario quedando así: ¿Planeó quedar embarazada?
- Se adicionó el trimestre de inicio del control prenatal. Inicialmente solo se clasificó por semanas al inicio del control prenatal.
- Se determinó que un solo encuestador aplicaría el instrumento.

6.8 PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Luego de recolectar y constatar la información sobre las gestantes, las encuestas se sistematizaron en Epi-Info, versión 3.4.1 en febrero y marzo de 2009, y se realizo un análisis univariado, bivariado y multivariado, se calcularon frecuencias y proporciones para las variables descritas teniendo en cuenta la operacionalización planteada.

Para las variables socio demográficas se emplearon medidas de estadística descriptiva, tales como proporciones y razones, los resultados se presentaron en gráficos de sectores y barras simples con su respectivo análisis ordenadas de acuerdo con el nivel de importancia asignados por los investigadores.

6.9 FUENTES DE INFORMACIÓN

La fuente de información del presente estudio corresponde a fuente primaria, recolectada mediante la encuesta aplicada a la gestante. El listado de gestantes que asistieron al control prenatal se obtuvo de la base de datos del control prenatal de la ESE María Auxiliadora.

Para constatar las encuestas y la información suministrada se comparo con el CLAP de la respectiva usuaria; los datos fueron: FUM, semana de inicio del control prenatal, peso, y talla.

6.10 ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN

Presentación de resultados: Se presentó informe final al tutor y docentes del posgrado en Epidemiología de la facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana.

En el municipio de Garzón se entregara el articulo de investigación a las directivas de la ESE María Auxiliadora y funcionarios de la Secretaria de salud Municipal.

Al publicar los resultados de la presente investigación se pretende someterla a la crítica de expertos, en la cual, la retroalimentación fortalecerá los principios y metodología de los investigadores.

También se espera que las directivas Municipales e Institucionales fortalezcan las estrategias de capacitación al control prenatal, Igualmente que disminuyan el inicio tardío al CPN.

6.11 CONSIDERACIONES ETICAS

En el instrumento diseñado para recolectar la información en su primera parte se incluyo un párrafo en el cual se informa a las gestantes la finalidad de la encuesta, se le solicita su colaboración y se da a conocer la utilidad de la información a recolectar.

En el diseño de la investigación y el instrumento a aplicar se consideraron los principios del Respeto de la Dignidad Humana, el Principio de Justicia y los siguientes derechos: El Derecho al conocimiento e irrestricto de la información:

comprende el derecho de ser informado y a tomar voluntariamente la decisión de participar en un estudio, previa explicación detallada de la naturaleza del estudio del derecho que tiene a no participar entre otros.

El Derecho a la privacidad: La información recolectada se mantendrá bajo la más estricta privacidad; sin embargo se aclara que la información solicitada no vulnera el derecho a la intimidad y a la capacidad de la autoderminación.

El Derecho al trato justo: las gestantes tiene derecho a un trato justo y equitativo antes durante y después de su participación.

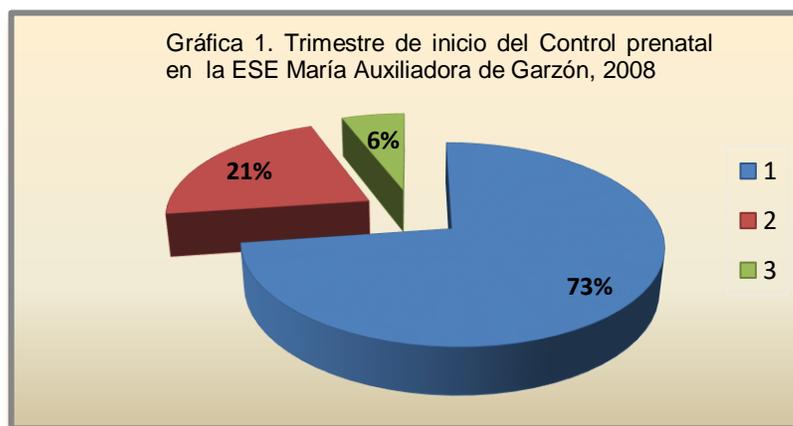
Para el caso del consentimiento informado se solicita la participación voluntaria de la gestante explicándole los beneficios potenciales sobre futuras decisiones en salud y la posibilidad de tomar una decisión razonada sobre su participación.

7. RESULTADOS

En el periodo de octubre de 2008 a enero de 2009 en la consulta externa de la ESE María Auxiliadora de Garzón se aplicaron 299 encuestas de las cuales se excluyeron 27, encuesta incompleta.

7.1 ANALISIS UNIVARIADO

Gráfica 1. Trimestre de inicio del Control prenatal en la ESE María Auxiliadora de Garzón, 2008



Fuente: Análisis Epi Info Versión 3.4.1

De las gestantes participantes en el estudio (272) el 73% inicio el control prenatal antes de la semana 14 (inicio temprano), el 21% en segundo trimestre y el 6% en tercer trimestre; por un total del 27% iniciando control prenatal tardío (segundo y tercer trimestre).

La proporción de gestantes iniciando en primer trimestre en la ESE María Auxiliadora, es similar al promedio departamental. Igualmente se evidencia el incumplimiento de la meta establecida para el inicio temprano (95%).

Gráfica 2. Grupo Etáreo de las Gestantes de la ESE María Auxiliadora de Garzón, 2008

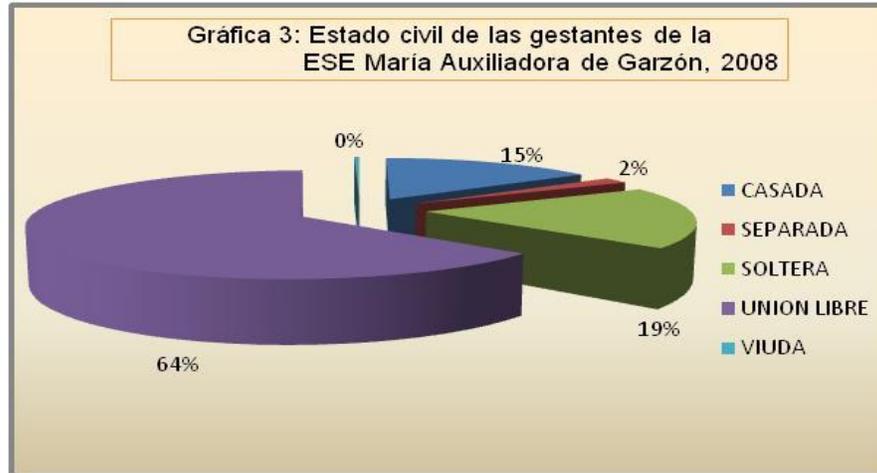


Fuente: Análisis Epi Info Versión 3.4.1

En la Gráfica 2, se observa que la mayor proporción de gestantes se encuentra entre los 15 y 20 años con un porcentaje 34%, seguidas por las gestantes con edad de 20 a 25 años con un 27%.

Se evidencia que gran parte de las gestantes son adolescentes y jóvenes, lo cual indica un alto porcentaje de embarazadas en alto riesgo (riesgo generado por la edad).

Gráfica 3. Estado civil de las gestantes ESE María Auxiliadora de Garzón, 2008.



Fuente: Análisis Epi Info Versión 3.4.1

En la Gráfica se evidencia que el 64% de las gestantes están en unión libre, el 19% soltera.

La mayoría de las gestantes se encuentran en unión libre y puede asumirse por condición culturalmente aceptada, igualmente el tener pareja estable puede considerarse como factor protector, similar apreciación ocurre con las gestantes casadas. El ser soltera se encuentra entre los factores de riesgo, especialmente por falta de apoyo psicosocial.

Gráfica 4. Procedencia de las gestantes de la ESE María Auxiliadora de Garzón, 2008

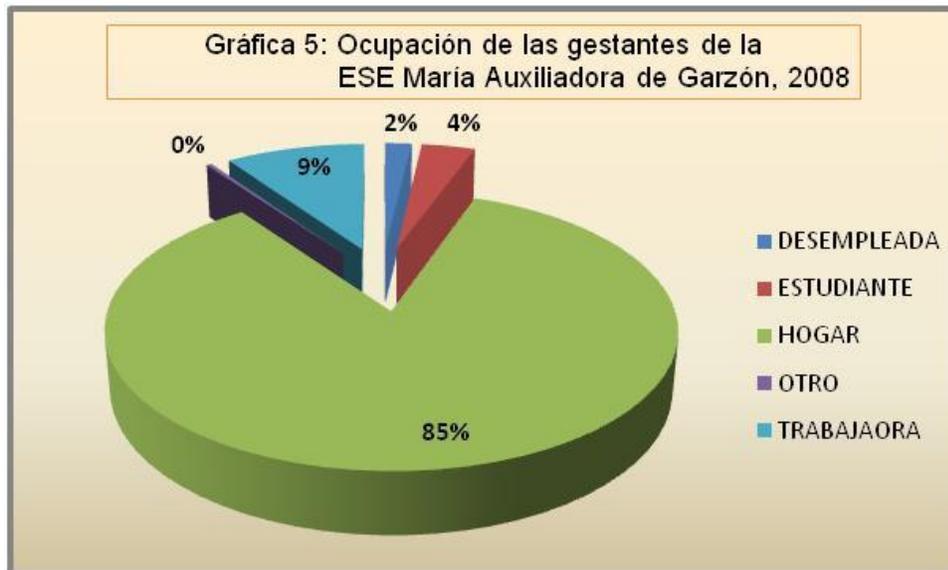


Fuente: Análisis Epi Info Versión 3.4.1

En la Gráfica 4 se observa que el 49% viven en el casco urbano, el 46% en el área rural disperso y el 5% en centro poblado.

La procedencia de las gestantes (zona urbana y rural dispersa), la cual es similar para las dos zonas, se debe a que la distribución de la población guarda proporciones similares según proyección DANE 2010.

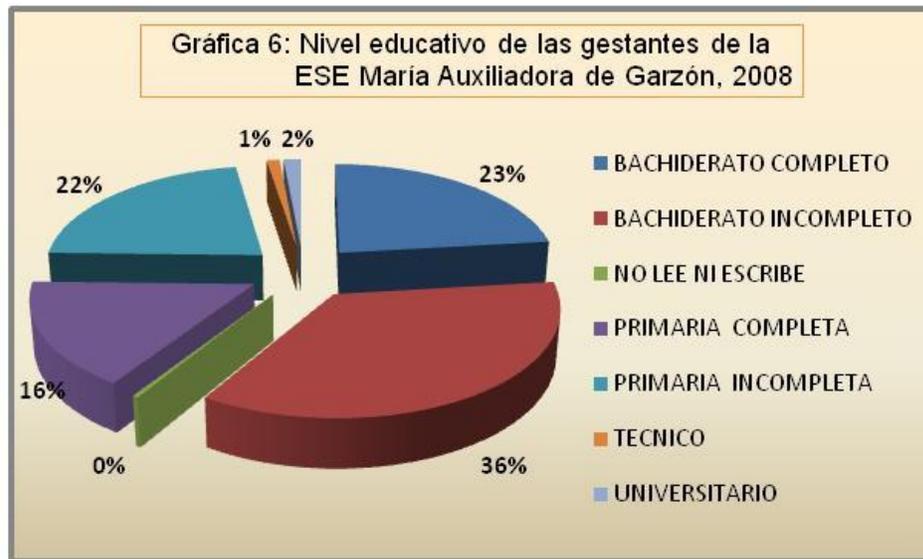
Gráfica 5. Ocupación de las gestantes de la ESE María Auxiliadora de Garzón, 2008



Fuente: Análisis Epi Info Versión 3.4.1

En la Gráfica 5 se evidencia que el 85% de las gestantes se encuentran realizando labores en el hogar, el 9% se encuentran trabajando y un 4% son estudiantes.

Gráfica 6. Nivel educativo de las gestantes de la ESE María Auxiliadora de Garzón, 2008

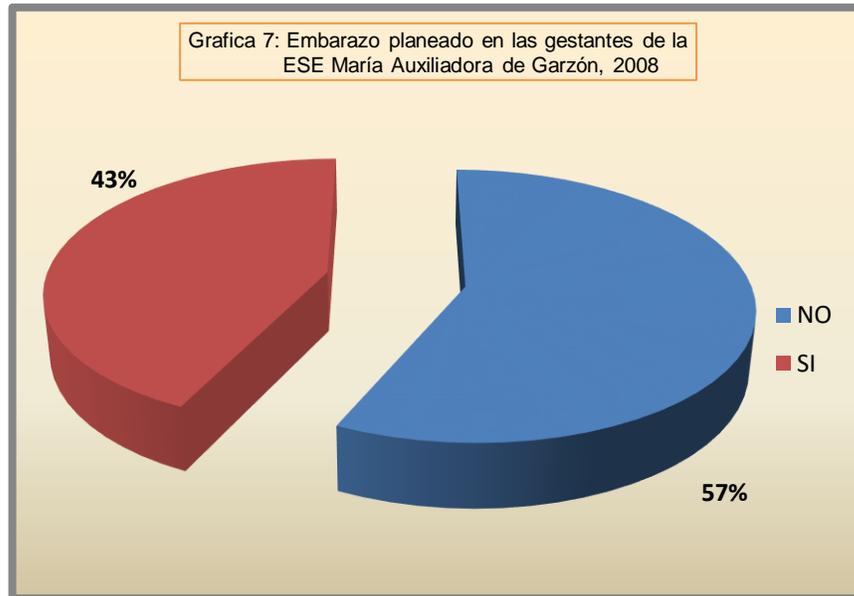


Fuente: Análisis Epi Info Versión 3.4.1

En la Gráfica, el 36% tiene un nivel educativo bachillerato incompleto, el 23% con bachillerato completo y el 38% con niveles de escolaridad muy bajos (primaria completa e incompleta).

El nivel de escolaridad actúa como factor protector o riesgo para la gestación; de acuerdo al grado de formación. Para las gestantes que tienen nivel de escolaridad inferior a la primaria completa se asume que su escolaridad es baja y actúa como factor de riesgo (proyecto de vida sin establecer, bajo conocimiento del autocuidado, reconocimientos de signos y síntomas de alarma escasos).

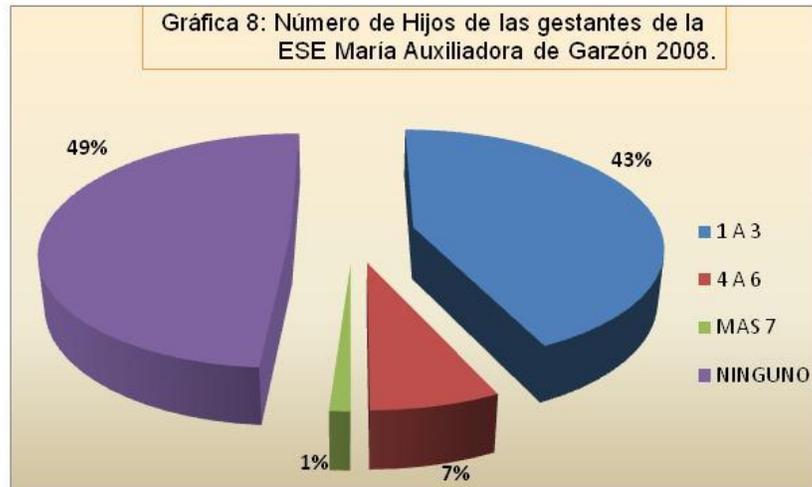
Gráfica 7. Embarazo planeado en las gestantes de la ESE María Auxiliadora de Garzón, 2008



Fuente: Análisis Epi Info Versión 3.4.1

De total de las encuestadas solo el 43% planeo su embarazo y el 57% no planeó embarazo actual. Directamente implica que el rol de madre y gestante no es asumido con responsabilidad y sensibilidad, igualmente la asistencia al servicio de salud y los cuidados prenatales no son prioritarios para la persona.

Gráfica 8. Número de hijos de las gestantes de la ESE María Auxiliadora de Garzón, 2008



Fuente: Análisis Epi Info Versión 3.4.1

La Gráfica 8, muestra que el 49% de las gestantes no tienen hijos, el 43% tiene un de 1 a 3 hijos. Para las gestantes que no tienen hijos la gestación es un proceso desconocido y requiere apoyo familiar y del servicio de salud para iniciar el control prenatal y garantizar la adherencia al programa.

Gráfica 9. Oportunidad den la atención de las gestantes de la ESE María Auxiliadora de Garzón, 2008



Fuente: Análisis Epi Info Versión 3.4.1

Según la población a estudio (272 gestantes) para ser atendidas en su control prenatal el 75% espero menos de una hora, un 24% entre 1 a 2 horas. El tiempo de espera para la atención se encuentra en el estándar. Sin embargo para próximos estudios se debe precisar el servicio, porque en algunos casos se requiere que la usuaria espere resultados de exámenes (laboratorio clínico, ecografía).

Gráfica 10. Atención del Profesional en el Control Prenatal de las gestantes de la ESE María Auxiliadora de Garzón, 2008



Fuente: Análisis Epi Info Versión 3.4.1

En la Gráfica 10, observamos que el 63% manifiestan un nivel de satisfacción bueno en atención por el profesional, el 30% califica la atención como excelente. En el estudio se evidencia que el 93% de las gestantes se encuentran satisfechas con la atención recibida.

7.2 ANALISIS BIVARIADO

En el estudio se analizaron las variables para conceptualizar la relación de las mismas con el inicio tardío del control prenatal en las gestantes de la ESE María Auxiliadora de Garzón.

Tabla 1 Estado civil Vs Trimestre de inicio del control prenatal en las gestantes de la ESE María Auxiliadora de Garzón, 2008.

ESTADO CIVIL	TRIMESTRE			
	1	2	3	TOTAL
CASADA	35	5	2	42
% Fila	83.3	11.9	4.8	100.0
% Columna	17.7	8.8	11.8	15.4
SEPARADA	4	0	1	5
% Fila	80.0	0.0	20.0	100.0
% Columna	2.0	0.0	5.9	1.8
SOLTERA	36	14	2	52
% Fila	69.2	26.9	3.8	100.0
% Columna	18.2	24.6	11.8	19.1
UNION LIBRE	122	38	12	172
% Fila	70.9	22.1	7.0	100.0
% Columna	61.6	66.7	70.6	63.2
VIUDA	1	0	0	1
% Fila	100.0	0.0	0.0	100.0
% Columna	0.5	0.0	0.0	0.4
TOTAL	198	57	17	272
% Fila	72.8	21.0	6.3	100.0
% Columna	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Análisis Epi Info Versión 3.4.1

Chi cuadrado	gl	Probabilidad
7.1899	8	0.5163

Al realizar el análisis entre la relación estado civil y trimestre de inicio del control prenatal se obtuvo un $\chi^2 7.18$, gl 8 y una p (0,5163), se evidencia el estado civil no influye en el trimestre de inicio de control prenatal.

Tabla 2: Nivel educativo Vs trimestre de inicio del control prenatal en las gestantes de la ESE María Auxiliadora de Garzón, 2008.

NIVEL EDUCATIVO	TRIMESTRE			
	1	2	3	TOTAL
BACHI COMPLETO	49	11	2	62
% Fila	79.0	17.7	3.2	100.0
% Columna	24.7	19.3	11.8	22.8
BACHI INCOMPLETO	66	25	6	97
% Fila	68.0	25.8	6.2	100.0
% Columna	33.3	43.9	35.3	35.7
NO LEE NI ESCRIBE	0	0	1	1
% Fila	0.0	0.0	100.0	100.0

% Columna	0.0	0.0	5.9	0.4
PRIM COMPLETA	30	10	4	44
% Fila	68.2	22.7	9.1	100.0
% Columna	15.2	17.5	23.5	16.2
PRIM INCOMPLETA	48	9	3	60
% Fila	80.0	15.0	5.0	100.0
% Columna	24.2	15.8	17.6	22.1
TECNICO	2	2	0	4
% Fila	50.0	50.0	0.0	100.0
% Columna	1.0	3.5	0.0	1.5
UNIVERSITARIO	3	0	1	4
% Fila	75.0	0.0	25.0	100.0
% Columna	1.5	0.0	5.9	1.5
TOTAL	198	57	17	272
% Fila	72.8	21.0	6.3	100.0
% Columna	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Análisis Epi Info Versión 3.4.1

Chi cuadrado	gl	Probabilidad
25.5130	12	0.0126

Cuando se analiza la relación entre el nivel educativo y trimestre de inicio del control prenatal se obtuvo un χ^2 25.51, gl 12 y una p (0,0126), se evidencia que el nivel educativo de la gestante de la ESE María Auxiliadora influye en el trimestre de inicio del control prenatal.

Tabla 3: Procedencia Vs trimestre de inicio del control prenatal en las gestantes de la ESE María Auxiliadora de Garzón, 2008.

PROCEDENCIA	TRIMESTRE			
	1	2	3	TOTAL
CENTRO POBLADO	8	3	3	14
% Fila	57.1	21.4	21.4	100.0
% Columna	4.0	5.3	17.6	5.1
RURAL DISPERSO	97	25	5	127
% Fila	76.4	19.7	3.9	100.0
% Columna	49.0	43.9	29.4	46.7
URBANO	93	29	9	131
% Fila	71.0	22.1	6.9	100.0
% Columna	47.0	50.9	52.9	48.2
TOTAL	198	57	17	272
% Fila	72.8	21.0	6.3	100.0
% Columna	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Análisis Epi Info Versión 3.4.1

Chi cuadrado	gl	Probabilidad
7.2687	4	0.1224

Al cruzar las variables de procedencia y trimestre de inicio del control prenatal se obtuvo un χ^2 7.268, gl 4 y una p (0,122), el análisis evidencia que no hay relación entre procedencia y trimestre de inicio del control prenatal en las gestantes de la ESE María Auxiliadora de Garzón.

Tabla 4: Embarazo planeado Vs trimestre de inicio del control prenatal en las gestantes de la ESE María Auxiliadora de Garzón, 2008.

PLANEAMIENTO DEL EMBARAZO	TRIMESTR			
	1	2	3	TOTAL
NO	110	32	12	154
% Fila	71.4	20.8	7.8	100.0
% Columna	55.6	56.1	70.6	56.6
SI	88	25	5	118
% Fila	74.6	21.2	4.2	100.0
% Columna	44.4	43.9	29.4	43.4
TOTAL	198	57	17	272
% Fila	72.8	21.0	6.3	100.0
% Columna	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Análisis Epi Info Versión 3.4.1

Chi cuadrado	gl	Probabilidad
1.4471	2	0.4850

El análisis entre las dos variables, embarazo planeado y trimestre de inicio del control prenatal en la ESE María Auxiliadora de Garzón, arroja un χ^2 1.4471, gl 2 y una p (0,4850), lo cual muestra que no hay relación entre las variables escritas.

7.3 ANALISIS MULTIVARIADO

Tabla 5: Análisis mujeres que planearon su gestación, escolaridad y trimestre de inicio del control prenatal en las gestantes de la ESE María Auxiliadora de Garzón, 2008.

NIVEL EDUCATIVO	TRIMESTRE			
	1	2	3	TOTAL
BACHI COMPLETO	27	1	1	29
% Fila	93.1	3.4	3.4	100.0
% Columna	30.7	4.0	20.0	24.6
BACHI INCOMPLETO	29	13	2	44
% Fila	65.9	29.5	4.5	100.0
% Columna	33.0	52.0	40.0	37.3
NO LEE NI ESCRIBE	0	0	0	0
% Fila	0.0	0.0	0.0	100.0
% Columna	0.0	0.0	0.0	0.0
PRIM COMPLETA	10	6	1	17
% Fila	58.8	35.3	5.9	100.0
% Columna	11.4	24.0	20.0	14.4
PRIM INCOMPLETA	21	4	0	25
% Fila	84.0	16.0	0.0	100.0
% Columna	23.9	16.0	0.0	21.2
TECNICO	0	1	0	1
% Fila	0.0	100.0	0.0	100.0
% Columna	0.0	4.0	0.0	0.8
UNIVERSITARIO	1	0	1	2
% Fila	50.0	0.0	50.0	100.0
% Columna	1.1	0.0	20.0	1.7
TOTAL	88	25	5	118
% Fila	74.6	21.2	4.2	100.0
% Columna	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Análisis Epi Info Versión 3.4.1

Chi cuadrado	gl	Probabilidad
25.7245	10	0.0041

Cuando se analiza si las gestantes planearon el embarazo y se compara la escolaridad con el trimestre de inicio del control prenatal se obtuvo un χ^2 25.724, gl 10 y una p (0,0041), el análisis demuestra que hay relación entre planear el embarazo, el nivel educativo y el inicio del control prenatal en las gestantes de la ESE María Auxiliadora.

Tabla 6: Gestantes viven en zona urbana, nivel educativo y trimestre de inicio del control prenatal en las gestantes de la ESE María Auxiliadora de Garzón

	1	2	3	TOTAL
BACHI COMPLETO	25	8	2	35
% Fila	71.4	22.9	5.7	100.0
% Columna	26.9	27.6	22.2	26.7
BACHI INCOMPLETO	34	14	2	50
% Fila	68.0	28.0	4.0	100.0
% Columna	36.6	48.3	22.2	38.2
NO LEE NI ESCRIBE	0	0	1	1
% Fila	0.0	0.0	100.0	100.0
% Columna	0.0	0.0	11.1	0.8
PRIM COMPLETA	14	3	1	18
% Fila	77.8	16.7	5.6	100.0
% Columna	15.1	10.3	11.1	13.7
PRIM INCOMPLETA	17	3	2	22
% Fila	77.3	13.6	9.1	100.0
% Columna	18.3	10.3	22.2	16.8
TECNICO	0	1	0	1
% Fila	0.0	100.0	0.0	100.0
% Columna	0.0	3.4	0.0	0.8
UNIVERSITARIO	3	0	1	4
% Fila	75.0	0.0	25.0	100.0
% Columna	3.2	0.0	11.1	3.1
TOTAL	93	29	9	131
% Fila	71.0	22.1	6.9	100.0
% Columna	100.0	100.0	100.0	100.0

Análisis de tabla simple

Chi cuadrado	gl	Probabilidad
22.8009	12	0.0295

Al realizar el análisis con las gestantes de la zona urbana y las variables nivel educativo y trimestre de inicio del control prenatal, se encuentra un χ^2 22.800, con gl 12 y una p (0,0295), en el análisis se evidencia que hay relación entre las variables analizadas en las gestantes de la ESE María Auxiliadora de Garzón, procedencia de zona urbana, nivel educativo y trimestre de inicio del control prenatal.

8. DISCUSIÓN

El presente estudio pone de manifiesto que existe una proporción importante de gestantes que inician su atención prenatal en periodo tardío 27,2% (pasada las 14 semanas de gestación), las cuales están predispuestas a factores deletéreos para la salud materna y perinatal, que en su mayoría son riesgos prevenibles y se pueden identificar y tratar oportunamente disminuyendo la incidencia de morbi mortalidad en este grupo.

Es claro que existen factores de riesgo y características de la población que potencian el inicio tardío del control prenatal especialmente para las gestantes con escolaridad baja. Si bien es cierto que en algunas zonas del departamento el residir en la zona rural es condicionante para el inicio del control prenatal por barreras geográficas, sociales y económicas que limitan el acceso al servicio de salud; igualmente evidenciado por estudios realizados en países en vía de desarrollo (Traducción y validación del Cuestionario de Beneficios y Barreras del Control Prenatal en embarazadas de México 2007)¹⁹, en el municipio de Garzón para la población a estudio esta barrera no tiene significancia estadística posiblemente por las estrategias y programas implementados por la ESE María Auxiliadora y el Plan de Salud Municipal.

Según la evidencia el nivel educativo es trascendental en la generación de autocuidado y calidad de vida. Se ha demostrado que entre más bajo nivel educativo menor calidad de vida y mayor incidencia de enfermedades prevenibles; en nuestro caso, las gestantes con nivel educativo bajo (primaria completa e incompleta) el 52,4% inicio su control prenatal tardíamente. Los hallazgos son comparables con lo encontrado por Hueston WJ, Geesey ME²⁰, realizado en el departamento de medicina familiar Carolina del Sur, en cual evidencio que a menor educación en la embarazada adolescente mayor probabilidad de recibir atención tardía.

Los grupos con edad extrema 10 a 15 años el 42,9% y mayores de 40 años con el 50% iniciaron su control prenatal pasada la semana 14. Adicional a los factores que influyen para el inicio tardío del control prenatal y el desconocimiento de los cuidados prenatales aumenta los riesgos para la vida materna y perinatal, como lo evidencia Conde Agudelo A, Belizan JM del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Fundación Clínica Valle del Lili, Cali, Colombia²¹, los cuales

¹⁹ QUELOPANA DEL VALLE, Ana María; Traducción y validación del Cuestionario de Beneficios y Barreras del Control Prenatal en embarazadas de México, México 2007.

²⁰ GONZÁLEZ A. Electra, TEMÍSTOCLES Molina; características de la maternidad adolescente de madres a hijas, Chile, 2007.

²¹ CONDE AGUDELO, Belizán; Departamento de Obstetricia y Ginecología, Fundación Clínica Valle del Lili, Cali, Colombia.

revisaron un estudio retrospectivo probando que las adolescente gestante tienen mayor riesgo de hemorragia post parto, endometritis puerperal, episiotomía, bajo peso al nacer, y parto pretermino.

Al realizar el análisis de las variables, el estudio reporta que el residir en la zona urbana para las gestantes con nivel educativo bajo influye en el inicio del control prenatal.

Para las gestantes de la ESE María auxiliadora de Garzón en el año 2008, no se evidencio significancia estadística con las siguientes variables: estado civil, ocupación, grupo etáreo, embarazo planeado y procedencia; al compararlas con el trimestre de inicio. Las variables anteriormente mencionadas en estudios anteriores han demostrado relación entre las mismas con el inicio tardío del control prenatal.

9. CONCLUSIONES

La investigación realizada permitió caracterizar el inicio tardío del control prenatal en las gestantes del municipio de Garzón que acuden a su control en la ESE María Auxiliadora, en las cuales se identificaron factores que condicionaron el inicio del control prenatal.

Entre los factores socio demográficos estudiados se identificaron algunos que inciden negativamente para el inicio del control cuando las usuarias no los adquieren o desarrollan suficientemente, entre los cuales se encuentran: edad, el nivel educativo, y el estado civil. En algunos casos cuando las personas presentan dos o más variables de las estudiadas estos se potencian y aumentan las condiciones deletéreas para la asistencia al cuidado prenatal.

Al analizar la procedencia de las usuarias con la intención de evaluar las barreras geográficas que pudieran interferir con el inicio temprano del control prenatal, se evidencio que el residir en la zona rural o centro poblado no obstaculiza el acceso temprano al control prenatal.

Las gestantes participantes del estudio manifestaron un alto grado de satisfacción y oportunidad en la prestación de servicios de salud relacionados con el cuidado prenatal.

10. RECOMENDACIONES

Según los resultados de la investigación se recomiendan acciones de promoción y construcción de proyectos de vida para los y las adolescentes del municipio, promover la anticoncepción responsable, la maternidad segura, y el fomento de los programas de detección temprana y protección específica a nivel comunitario.

Para la población adulta y con paridad satisfecha se recomienda promover los métodos de anticoncepción definitiva, incentivar su inscripción en programas educativos y productivos (las huertas caseras, microempresa, y cooperativas de producción y trabajo comunitario) existentes en el municipio.

Para continuar garantizando el acceso a los servicios de salud se recomiendan a los tomadores de decisiones en el municipio continuar con los programas y estrategias dirigidas a la población de la zona rural.

BIBLIOGRAFIA

ALFONSO M, Mortalidad Materna: algunos factores a considerar 1986 – 1995. Revista Cubana Obstétrica Ginecológica 1998; 24(2):80-5.

CONDE AGUDELO, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Fundación Clínica Valle del Lili, Cali, Colombia. PMID: 15695970 [PubMed]

EDGAR Ivan, O. Estrategias para la prevención del bajo peso al nacer en una población de alto riesgo, según la medicina basada en la evidencia. Colombia Medica. 2001; 3

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de Mortalidad Materna.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de Mortalidad Perinatal.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Vigilancia de la mortalidad materna, Colombia, 2001-2002. Informe Epidemiológico. 2003;8(9): 145-60.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de Vigilancia en Salud Publica de la mortalidad materna. 2004.

MATERNAL MORTALITY IN COLOMBIA: Some Thoughts on the Situation and Public Policy During Last Decade Abelardo Carrillo U

MAZABEL CORDOBA, Carlos Daniel. Evaluación del control prenatal en la IPS Comfamiliar Huila Neiva noviembre 2004 a agosto 2005. p 69-71.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, Fondo de Naciones Unidas UNICEF. Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia. Bogota, Colombia.2008.

MINISTERIO DE SALUD. Norma Técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. 2002.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Plan Nacional de salud Pública. Decreto 3039.2007:17

ORTIZ PERDOMO, Rosa Liliana. Características epidemiológicas de las muertes perinatales ocurridas en Neiva durante el año 2006. p 70

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La mortalidad materna en las Américas. Boletín epidemiológico .1993.14

PAZMIÑO Sonia, Control prenatal y su impacto en la mortalidad materna. Análisis de una tendencia, Cali, Colombia 1994-2004.

PIERRE K. Utilización de servicios de atención prenatal en las zonas rurales y las zonas urbanas de Haití. Revista Panamericana de la Salud Pública. 2005; 18(2) 84-92

ZEMELMAN Hugo, Crítica epistemológica de los indicadores. 1ª ed. El Colegio de México. Centro de estudios sociológicos México. 1989

AneXOS

Anexo A. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	SUB VARIABLE	INDICADORES O CATEGORIAS	NIVEL O ESCALA DE MEDICION	INDICE
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMO GRÁFICAS	Condiciones inherentes a la población, determinadas por la región, tiempo y rasgos culturales.	Tipo de Población	Indígena Desplazada Campesina Urbana	Cualitativa, Nominal, Politómica.	PROPORCIÓN
		Nivel educativo	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Bachillerato incompleto Bachillerato completo Técnica Universitaria	Cualitativa, Ordinal.	PROPORCIÓN
		Nivel del SISBEN	Indigente, 1, 2, 3, 4, 5, 6	Cualitativa, Ordinal.	PROPORCIÓN
		Tipo de Seguridad Social	Subsidiado Pobre no asegurado Contributivo Desplazado Indígena Particular Otro	Cualitativa, Nominal, Politómica.	PROPORCIÓN
		Edad	Años cumplidos	Cuantitativa continua de razón	RAZON
		Estado Civil	Soltera Unión libre Casada Divorciada Separada Viuda Otra	Cualitativa, Nominal, Politómica.	PROPORCIÓN
		Procedencia	Centro poblado Rural disperso Urbano	Cualitativa Nominal Politómica	PROPORCIÓN
		Ocupación	Hogar Trabajadora Estudiante Desempleada	Cualitativa Nominal Politómica	PROPORCIÓN

TRIMESTRE	Periodo comprendido por tres meses contados desde la concepción, donde cada trimestre equivale a	Primer Trimestre	SI NO	Cualitativas Nominal Dicotómicas	PROPORCIÓN
		Segundo Trimestre	SI NO	Cualitativas Nominal Dicotómicas	PROPORCIÓN
		Tercer Trimestre	SI NO	Cualitativas Nominal Dicotómicas	PROPORCIÓN
PERCEPCIÓN DEL SERVICIO DE SALUD	Características del servicio percibidas por las usuarias relacionadas con calidad, oportunidad e integralidad.	Oportunidad en la consulta	Horas Minutos Transcurridos desde La solicitud de atención hasta El momento en que fue atendida.	Cuantitativa continua de Razón	RAZÓN
		Atención del profesional	Excelente Bueno Regular Malo	Cualitativa Ordinal	PROPORCIÓN
		Se le informó sobre programación de próxima cita	SI NO	Cualitativa Nominal dicotómica	PROPORCIÓN
ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD	Factores que condicionan la frecuencia de uso de los servicios de salud	Labores en el hogar	SI NO	Cualitativa Nominal dicotómica	PROPORCIÓN
		Religión	Católico Evangélico Otro	Cualitativa Nominal politómica	PROPORCIÓN
		Cultural	Indígena Afrocolombiano Mestizo	Cualitativa Nominal Politómica.	PROPORCIÓN
		Ingresos	Ningún ingreso Menor a 1 SMMLV 1 a 2 SMMLV	Cuantitativa continua de razón	RAZON
		Vías de acceso	Excelente Bueno Regular Malo	Cualitativa ordinal.	PROPORCIÓN
		Transporte	Todos los días Dos veces por semana Tres o más veces por semana Una vez por semana	Cualitativa ordinal.	PROPORCIÓN

Condición inherente a la persona la cual la hace más vulnerable a al enfermedad.	Embarazo planeado	SI NO	Cualitativa Nominal Dicotómica	PROPORCIÓN
	Preeclampsia	SI NO	Cualitativa Nominal Dicotómica	PROPORCIÓN
	Eclampsia	SI NO	Cualitativa Nominal Dicotómica	PROPORCIÓN
	Índice de masa corporal especificado en Desnutrición o Sobre peso	Menor de 18 Mayor de 27	Cuantitativa continúa.	PROPORCIÓN
	Diabetes mellitus	SI NO	Cualitativa Nominal Dicotómica	PROPORCIÓN
	Hijo menor de 24 meses	SI NO	Cualitativa Ordinal	PROPORCIÓN
	Número de hijos (sin contar la gestación actual)	Ninguno 1 a 3 4 a 6 7 o mas	Cuantitativa Ordinal	PROPORCIÓN
	Aborto en los últimos 24 meses	SI NO	Cualitativa Nominal Dicotómica	PROPORCIÓN
	Embarazo gemelar	SI NO	Cualitativas Nominal Dicotómicas	PROPORCIÓN
	HTA	SI NO	Cualitativas Nominal Dicotómicas	PROPORCIÓN
Cardiopatías	SI NO	Cualitativas Nominal Dicotómicas	PROPORCIÓN	

Anexo B. FACTORES RELACIONADOS CON EL INICIO DEL CONTROL PRENATAL. ESE MARIA AUXILIADORA, GARZÓN 2008

FACTORES RELACIONADOS CON EL INICIO DEL CONTROL PRENATAL GARZON HUILA. 2008

Con el fin de Identificar la prevalencia de los factores que influyen para el inicio tardío y adherencia al control prenatal, después de la primera falta menstrual en las gestantes de zona urbana y rural de Garzón. Solicitamos que responda con toda la sinceridad las preguntas que a continuación encontrará y así brinde información valiosa para detectar factores que generan riesgo materno y perinatal

Fecha: DIA MES AÑO

Nombres y Apellidos

Fecha de Nacimiento DIA MES AÑO

Edad:

Documento de Identidad No

1 SEGURIDAD SOCIAL

Subsidiado Contributivo Indígena Otra
Vinculado Desplazada Particular

2 ¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL?

Soltera Casada Separada Otra
Unión libre Divorciada Viuda

3 ¿CUÁL ES SU NIVEL EDUCATIVO?

No sabe leer ni escribir Bachillerato incompleto Universitaria
Primaria incompleta Bachillerato completo
Primaria completa Técnica

4 ¿ACTUALMENTE DONDE VIVE USTED (barrio o vereda)?

5 ACTUALMENTE USTED VIVE EN:

Centro poblado Rural disperso Urbano

6 CUÁL ES SU ESTRATO O NIVEL DEL SISBEN?

Indigente 1 2 3 4 5

7 ¿CUÁL ES SU OCUPACIÓN ACTUAL?

Hogar Estudiante Otro
Trabajadora Desempleada

8 ¿CUÁL ES LA FECHA DE SU ÚLTIMA MENSTRUACIÓN (periodo o regla)?

Fecha: DIA MES AÑO No recuerdo

9 ¿CUANTAS SEMANAS DE EMBARAZO TENÍA CUANDO INICIO SU CONTROL PRENATAL, (registrado en su carnet)?

10 EN EL ANTERIOR CONTROL PRENATAL, CUANTO TIEMPO PASÓ DESDE LA SOLICITUD DE LA CIT HASTA LA HORA DE ATENCIÓN?

Menos de 1 hora De 3 a 6 horas
De 1 a 2 horas Mas de 7 horas

- 11 ¿LA ATENCIÓN DEL DEL MÉDICO QUE REALIZÓ EL ÚLTIMO CONTROL PRENATAL FUE?
 Excelente Buena Regular Mala
- 12 ¿LA ATENCIÓN DE LOS EMPLEADOS EN FACTURACIÓN, ENFERMERÍA O LABORATORIO FUE?
 Excelente Buena Regular Mala
- 13 LE ASIGNARON CITA O FECHA DE PROXIMO CONTROL?
 SI NO
- 14 ¿A QUÉ RELIGIÓN PERTENECE USTED?
 Católica Cristianos Otra Cual
- 15 ¿CUÁL ES EL INGRESO ECONÓMICO MENSUAL DE SU HOGAR?
 Menos de \$500.000 pesos
 Entre \$501.000 pesos y 1 millón Mayor a 1 millón de pesos
- 16 ¿DURANTE EL EMBARAZO EN ALGUNA OCASIÓN A DEJADO DE ASISTIR AL CONTROL PRENATAL O CONSULTA POR FALTA DE DINERO?
 SI NO
- Responda sólo si usted vive en una vereda o centro poblado
- 17 EL ESTADO DE LAS CARRETERAS, HACIA SU VEREDA EN LOS ÚLTIMOS DOS MESES FUE?
 Excelente Buena Regular Mala
- 18 ¿EL SERVICIO DE TRANSPORTE HACIA SU VEREDA ES?
 Todos los días
 De una a tres veces por semana De cuatro a seis veces por semana
- 19 ¿DURANTE EL EMBARAZO EN ALGUNA OCASIÓN A DEJADO DE ASISTIR AL CONTROL PRENATAL O CONSULTA POR FALTA DE TRANSPORTE O MAL ESTADO DE LAS CARRETERAS?
 SI NO
- 20 ¿Cuántos HIJOS TIENE? Sin contar el embarazo actual.
 Ninguno De uno a tres De cuatro a seis Mas de siete
- 21 TIENE HIJOS MENORES DE 24 MESES?
 SI NO
- 22 HA PRESENTADO ABORTOS EN LOS ÚLTIMOS 24 MESES?
 SI NO
- 23 ¿PLANEÓ QUEDAR EMBARAZADA?
 SI NO
- 24 ¿EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A PRESENTADO?
 Preeclampsia Eclampsia Ninguna
- 25 ¿PRESENTA USTED ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES?
 Hipertensión arterial Diabetes Enfermedad del corazón Epilepsia
- 26 SU PESO Y TALLA SON:
 Peso (kg) Talla (m)

Anexo C. ANILISIS UNIVARIADO

Trimestre de Inicio de Control Prenatal

TRIMEST	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
1	198	72.8%	72.8%	
2	57	21.0%	93.8%	
3	17	6.3%	100.0%	
Total	272	100.0%	100.0%	

Fuente: Análisis Epi Info Versión 3.4.1

Grupo etáreo

GRUPO ETAREO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
>10 - 15	16	5.9%	5.9%	
>15 - 20	91	33.5%	39.3%	
>20 - 25	73	26.8%	66.2%	
>25 - 30	60	22.1%	88.2%	
>30 - 35	18	6.6%	94.9%	
>35 - 40	12	4.4%	99.3%	
>40 - 45	2	0.7%	100.0%	
Total	272	100.0%	100.0%	

Fuente: Análisis Epi Info Versión 3.4.1

Estado civil

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
CASA	42	15.4%	15.4%	
SEPARADA	5	1.8%	17.3%	
SOLTERA	52	19.1%	36.4%	
UNION LIBRE	172	63.2%	99.6%	
VIUDA	1	0.4%	100.0%	
Total	272	100.0%	100.0%	

Fuente: Análisis Epi Info Versión 3.4.1

Procedencia

PROCEDENCIA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
CENTRO POBLADO	14	5.1%	5.1%	
RURAL DISPERSO	127	46.7%	51.8%	
URBANO	131	48.2%	100.0%	
Total	272	100.0%	100.0%	

Fuente: Análisis Epi Info Versión 3.4.1

Int. Conf. 95 %	
CENTRO POBLADO	2.8% 8.5%
RURAL DISPERSO	40.6% 52.8%
URBANO	42.1% 54.3%

Ocupación

OCUPACIONES	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
DESEMPLEADA	5	1.8%	1.8%	
ESTUDIANTE	11	4.0%	5.9%	
HOGAR	229	84.2%	90.1%	
OTRO	1	0.4%	90.4%	
TRABAJADORA	26	9.6%	100.0%	
Total	272	100.0%	100.0%	

Fuente: Análisis Epi Info Versión 3.4.1

Nivel Educativo

NIVEL EDUCATIVO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje a	
BACH. COMPLETO	62	22.8%	22.8%	
BACH.INCOMPLETO	97	35.7%	58.5%	
NO LEE NI ESCRIBE	1	0.4%	58.8%	
PRIM. COMPLETA	44	16.2%	75.0%	
PRIM. INCOMPLETA	60	22.1%	97.1%	
TECNICO	4	1.5%	98.5%	
UNIVERSITARIO	4	1.5%	100.0%	
Total	272	100.0%	100.0%	

Fuente: Análisis Epi Info V 3.4.1

Embarazo planeado.

EMBAR. PLANEADO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
NO	154	56.6%	56.6%	
SI	118	43.4%	100.0%	
Total	272	100.0%	100.0%	

Fuente: Análisis Epi Info Versión 3.4.1

Número de hijos

NUMER DE HIJOS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
1 A 3	117	43.0%	43.0%	
4 A 6	19	7.0%	50.0%	
MAS 7	3	1.1%	51.1%	
NINGUNO	133	48.9%	100.0%	
Total	272	100.0%	100.0%	

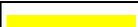
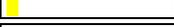
Fuente: Análisis Epi Info Versión 3.4.1

Oportunidad en la Atención

OPORTUNIDAD EN LA ATENCION	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
1 A 2 HOR	65	23.9%	23.9%	
3 A 6 HOR	2	0.7%	24.6%	
MAS 7 HOR	1	0.4%	25.0%	
MENOS DE 1 HOR	204	75.0%	100.0%	
Total	272	100.0%	100.0%	

Fuente: Análisis Epi Info Versión 3.4.1

Atención del profesional en el CPN

ATENCION DEL CONTROL PRENATAL	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
BUENA	173	63.6%	63.6%	
EXCELENTE	81	29.8%	93.4%	
MALO	2	0.7%	94.1%	
REGULAR	16	5.9%	100.0%	
Total	272	100.0%	100.0%	

Fuente: Análisis Epi Info Versión 3.4.1

Atención de otro servicios en el CPN

ATENCIÓN DE OTROS SERVICIOS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
BUENA	199	73.2%	73.2%	
EXCELENTE	67	24.6%	97.8%	
MALA	1	0.4%	98.2%	
REGULAR	5	1.8%	100.0%	
Total	272	100.0%	100.0%	

Fuente: Análisis Epi Info Versión 3.4.1

Int. Conf. 95 %	
BUENA	67.5% 78.3%
EXCELENTE	19.6% 30.2%
MALA	0.0% 2.0%
REGULAR	0.6% 4.2%