

**FACTORES ASOCIADOS AL USO ADECUADO DEL CONTROL PRENATAL EN
EL ZODES DIQUE DEL DEPARTAMENTO DE BOLIVAR**

COINVESTIGADORES

**ANGÉLICA MARÍA AHUMADA TEJERA
LAURA MILENA FORTICH ACUÑA
MARÍA ALEJANDRA MONROY GASCÓN
YORLEDIS MORALES PÉREZ
JESSICA PADILLA YANEZ**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE ENFERMERA
(O)**

INVESTIGADOR PRINCIPAL

IRMA YOLANDA CASTILLO ÁVILA

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CARTAGENA 2013**

DEDICATORIA

A Dios, Por habernos permitido llegar hasta este lugar y habernos dado salud para lograr nuestros objetivos.

A nuestros padres, Por sus consejos, sus valores, pero más que nada, por su amor y por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan.

A nuestros maestros, Irma Yolanda Castillo Ávila, por su gran soporte y motivación para la elaboración de este trabajo de grado; a Luis Reynaldo Alvis Estrada por el apoyo ofrecido en este trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE ANEXOS	5
LISTA DE TABLAS	6
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
1. INTRODUCCION	9
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
3. OBJETIVOS	15
4. MARCO TEORICO	16
5. METODOLOGIA	23
5.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	23
5.2 POBLACIÓN	23
5.3 MUESTRA	23
5.4 MUESTREO	23
5.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	24
5.6 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS	24
5.7 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	25
5.8 ANALISIS ESTADISTICO	25
6. ASPECTOS ETICOS	27
7. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	29
8. RESULTADOS	33
9. DISCUSION	37

10. CONCLUSIONES	43
11. RECOMENDACIONES	44
12. BIBLIOGRAFIA	45
ANEXOS	50

LISTAS DE ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de recolección de información

Anexo 2. Consentimiento informado

Anexo 3. Tablas de resultados

LISTAS DE TABLAS

Tabla 1. Distribución según características sociodemográficas de las mujeres participantes. Zodes Dique. Bolívar 2013.

Tabla 2. Distribución según características relacionadas con el embarazo de las gestantes encuestadas. Zodes Dique. Bolívar 2013.

Tabla 3. Distribución según asistencia al control prenatal y uso adecuado del control prenatal. Zodes Dique. Bolívar 2013.

Tabla 4. Distribución según razón de asistencia al control prenatal y planeación de embarazo. Zodes Dique. Bolívar 2013.

Tabla 5. Distribución según satisfacción del servicio de control prenatal. Zodes Dique. Bolívar 2013.

Tabla 6. Distribución según realización y costos del control prenatal. Zodes Dique. Bolívar 2013.

Tabla 7. Distribución de los factores personales asociados al uso adecuado del control prenatal. Zodes Dique. Bolívar 2013.

Tabla 8. Distribución de los factores socio-culturales asociados al uso adecuado del control prenatal. Zodes Dique. Bolívar 2013.

Tabla 9. Distribución de los factores familiares asociados al uso adecuado del control prenatal. Zodes Dique. Bolívar 2013.

Tabla 10. Distribución de los factores económicos asociados al uso adecuado del control prenatal. Zodes Dique. Bolívar 2013.

Tabla 11. Distribución de los factores de los servicio de la salud asociados al uso adecuado del control prenatal. Zodes Dique. Bolívar 2013.

Tabla 12. Relación entre el uso adecuado del control prenatal y algunos factores estudiados en las gestantes encuestadas. Zodes Dique. Bolívar 2013.

Tabla 13. Distribución de los factores explicativos asociados al uso adecuado del control prenatal. Zodes Dique. Bolívar 2013.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados al uso adecuado del control prenatal en el Zodes Dique del departamento de Bolívar.

Metodología: Se trató de un estudio analítico, de corte transversal, con una población de 6265 mujeres embarazadas del Zodes Dique del departamento de Bolívar. Se estimó una muestra de 661 mujeres embarazadas. El muestreo fue por conglomerados. Para recolectar la información se utilizó una encuesta, que incluye características sociodemográficas, características relacionadas con el embarazo y factores asociados al uso del control prenatal. Además, se valoró de la funcionalidad familia a través del APGAR. La información, fue codificada en una matriz de datos en el programa Microsoft Excel 2010 y procesada en el software estadístico SPSS versión 17.

Resultados: Fueron incluidas 659 mujeres embarazadas, con un promedio de edad de 23 años. La prevalencia de uso adecuado de control prenatal fue de 53,3%. Se encontró que ser mayor de 23 años (OR: 1,4 IC: 1,1-1,9), tener estudios superiores a secundaria (OR: 1,6 IC: 1,2-2,3), tener pareja (OR: 1,9 IC: 1,2-3,0), percibir apoyo familiar (OR: 3,2 IC: 1,1-9,2), tener un embarazo planeado (OR: 2,2 IC: 1,5-3,0), ser empleadas (OR: 2,3 IC: 1,2-4,2), contar con afiliación en salud (OR: 3,8 IC: 1,2-11,8) y pertenecer a una familia pequeña (OR: 1,3 IC: 1,2-1,8) se asocian al uso adecuado del control prenatal.

Conclusión: Los factores asociados a la utilización adecuada del control prenatal por las mujeres del ZODES Dique de Bolívar, son principalmente personales, familiares y socio-sanitarios.

Palabras claves: *mujeres embarazadas, atención prenatal, utilización, accesibilidad a los servicios de salud, salud materna infantil.* Fuente: (DeCs).

ABSTRACT

Objective: To determine the factors associated with appropriate use of prenatal care in the Zodes Dique Bolivar department.

Methodology: This was an analytical, cross-sectional, with a population of 6265 pregnant women Zodes Dique of Bolivar departament. We estimated a sample of 661 pregnant women. The sampling was per cluster. To collect the data we used a survey that included demographic characteristics, pregnancy-related features and factors associated with use of prenatal care. Furthermore, the functionality was assessed through APGAR family. The information was encoded in a data matrix in the program Microsoft Excel 2010 and processed in SPSS statistical software version 17.

Results: 659 pregnant women were included with a mean age of 23 years ($SD = 5.7$). The prevalence of appropriate use of prenatal care was 53.3%. Participants who were older than 23 years (OR: 1.4 CI: 1.1-1.9), having higher secondary studies (OR: 1.6 IC: 1.2-2,3), having a partner (OR: 1.9 CI: 1.2-3.0), perceived family support (OR: 3.2 IC: 1.1-9,2), having a planned pregnancy (OR: 2.2 IC: 1,5-3.0) be employed (OR: 2.3 CI: 1.2-4.2), having health care coverage (OR: 3.8 CI 1.2 to 11.8) and belong to a small family (OR: 1.3 CI 1.2-1.8) were associated with the proper use of prenatal care.

Conclusion: Factors associated with the proper use of prenatal care for women ZODES Dique of Bolivar department, are primarily personal, family and social health.

Keywords: *pregnant women, prenatal care, access to health services, maternal and child health. Source: (DECS).*

1. INTRODUCCION

La atención prenatal agrupa un conjunto de acciones que involucran la asistencia de la mujer embarazada a consultas médicas en una institución de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y preparar a la futura madre para el parto, la maternidad y la crianza (1). Implica un conjunto de procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna; por tanto, esta debe ser eficaz y eficiente (2).

En sí mismo, un control prenatal adecuado es aquel donde se cumplen cierto número de consultas programadas desde el momento de la inscripción al servicio, es decir, las consultas de seguimiento deben ser idealmente mensuales hasta la semana 32; después cada 15 días hasta la semana 36, y luego quincenal o semanal hasta el parto (3). Aun así, el personal de salud coincide en que las gestantes no siguen el plan de consultas programado (1).

La atención prenatal reduce la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, partos prematuros y el número de productos con bajo peso al nacer; también permite identificar factores de riesgo, y establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo (4). Distintos estudios han mostrado la importancia de la atención prenatal para la salud materna y la del bebé, reportando entre las mujeres que la reciben, menor riesgo de muerte materna, nacimientos prematuros, crecimiento retardado intrauterino, y bajo peso al nacer (1).

Otra consecuencia de una inadecuada asistencia al control prenatal es la morbilidad materna extremadamente grave, esta complicación ocurre durante el embarazo, el parto y/o el puerperio; pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata para evitar la muerte. Las enfermedades durante el embarazo, el parto y el puerperio constituyen las principales causas de discapacidad y muerte entre las mujeres en edad reproductiva en países en desarrollo. El comportamiento epidemiológico en estos países es elevado con una razón de 290 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 14 por 100 000. (5).

Actualmente, se ha observado una serie de factores relacionados con la asistencia adecuada o inadecuada al control prenatal por parte de las mujeres gestantes, los cuales desencadenan problemas para quienes no asisten a este, lo que se ve reflejado en la salud materno infantil.

(6). Entre los factores relacionados se encuentran la satisfacción e insatisfacción por parte de las usuarias gestantes con respecto al servicio prestado, el tiempo de espera y la demora en la asignación de citas, sumándole a estos otros factores personales como la edad, la escolaridad, la religión entre otros. Diversos autores coinciden al señalar que debe revisarse la calidad de la atención prenatal en las instituciones de salud, pues en varias evaluaciones realizadas a dichos programas catalogan la consulta de las embarazadas como deficiente, irregular, con tiempos de espera prolongados y con mala respuesta a las medidas de autocuidado por parte de la mujer (2).

Este estudio presenta los diversos factores que influyen en el uso adecuado del programa de control prenatal en las mujeres gestantes del Zodes Dique del departamento de Bolívar en el año 2013, lo que permite reforzar los servicios de control prenatal a nivel departamental, ya que al proporcionar los factores por los cuales las madres no asisten de manera adecuada a este, se pueda enfatizar para mejorar las coberturas del programa, por medio de información importante para el desarrollo de políticas y estrategias que mejoren el uso de los servicios de salud, especialmente el control prenatal y se realicen el número de consultas según lo establecido (6).

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Control prenatal (CPN), se define como el “conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional” (3).

La inasistencia al control prenatal trae consigo consecuencias tanto para el neonato como para la madre, que en el peor de los casos sus efectos son irreversibles, como la morbilidad materna extrema, que tiene como factores de riesgo la edad, multiparidad, anemia, antecedentes de enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión, trabajo de parto prolongado y cesárea. Teniendo en cuenta lo anterior se identifican las principales causas de morbilidad materna extrema o severa descritas a nivel mundial, las cuales están relacionadas con complicaciones obstétricas entre las que se encuentran hemorragias posparto, el embarazo ectópico, el embolismo de líquido amniótico, la eclampsia, la sepsis, el trombo-embolismo pulmonar, la rotura uterina, el síndrome de HELLP y la coagulación intravascular diseminada, las cuales tienen relación con el manejo obstétrico de estas pacientes, fundamentalmente en el momento del trabajo de parto y el parto (5). Por otra parte, en un estudio realizado en la UCI de la Clínica de Maternidad Rafael Calvo de Cartagena entre los años 2006-2008 se evidenció que la causa principal por la cual las mujeres gestantes ingresaron a la UCI fue por trastornos hipertensivos con un 49,5%, hemorragias del embarazo con 22,6%, sepsis con 14,2% y otras causas con 13,6% (7).

Otra consecuencia de la inasistencia a la atención prenatal, es la mortalidad materna y/o neonatal, con respecto a la primera la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que para el 2005 a nivel mundial se presentaron 536.000 muertes maternas (8). En Colombia en este mismo año la mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos fue de 130, mientras que para el año 2010 disminuyó a 75 por 100.000 nacidos vivos (9), y para el 2011 aumentó a 85 por 100.000 nacidos vivos (10). En el departamento de Bolívar, la mortalidad materna para el año 2008 fue de 103.72, mientras que para el año 2009 arrojó unos resultados de 81.13, mostrando una disminución en las muertes maternas (11). Por otra parte, en lo que se refiere a la mortalidad neonatal (muertes durante los primeros 28 días de vida por cada 1000 nacidos vivos) representa una gran proporción de las muertes infantiles en muchos países. Cerca del 20% de todas las defunciones son de niños menores de cinco años. Las tasas de mortalidad neonatal se consideran un indicador útil de la salud de la madre y el recién nacido en general y de la atención que reciben madres y lactantes. En Colombia para los años 2008 y 2009 la tasa de mortalidad neonatal fue de un 12% por 1.000 nacidos vivos,

en comparación con otros países en donde se presenta una tasa de mortalidad intermedia (12), para el 2011 esta disminuyó a 11%. (13).

En Colombia entre los años 2000 y 2010, la cobertura de la atención prenatal con al menos una visita es de 94%, a diferencia de otros países del continente americano, tales como Cuba (100%), Argentina (99%), Brasil (97%), Ecuador (84%) y Bolivia con 77%, quedando Colombia entre los países con menor porcentaje de mujeres asistentes al control prenatal; sin embargo dentro de estos mismo años, la cobertura en Colombia de la atención prenatal con al menos cuatro visitas es de 83% (12). En Cartagena, de acuerdo al reporte del Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS), el 81% de las mujeres que estuvieron embarazadas durante el 2008, asistieron al control prenatal. Así mismo, hasta el mes de junio de 2009 de un total de 11.583 mujeres embarazadas solo 4.611 han asistido al control prenatal representando un 40% (6).

De acuerdo al informe entregado por la Secretaria Departamental de Salud, el número de consultas de control prenatal realizadas por enfermera en el departamento de Bolívar en EPS subsidiadas, en el segundo trimestre del año 2011 (abril, mayo y junio) fue de 4617 (64%) de las 7203 consultas que fueron programadas. Para el tercer trimestre del mismo año (julio, agosto, septiembre) se programaron el mismo número de consultas pero solo se realizaron 86 (1%), mostrando un significativo descenso en el uso del control prenatal. En las EPS contributivas, para el primer trimestre (enero, febrero y marzo), se programaron 436 y se ejecutaron 840 (193%) consultas. En el segundo trimestre (abril, mayo y junio), se programaron 486 consultas y se ejecutaron 295, logrando el 61%. Estos resultados muestran el problema de salud pública que se está viviendo actualmente con las madres gestantes, quienes no reconocen la importancia de asistir a todas las citas de atención prenatal. (11).

Actualmente se ha observado una serie de factores relacionados con la asistencia adecuada o inadecuada al control prenatal por parte de las mujeres gestantes, los cuales desencadenan problemas para quienes no asisten a este, lo que se ve reflejado en la salud materno infantil. Los factores que influyen en el uso adecuado del control prenatal son de tipo personal, tales como la edad, escolaridad, deseo del embarazo; familiares como la funcionalidad familiar, ciclo vital, tipo de familia, tamaño de familia, apoyo familiar o social; socioculturales como la religión; de ubicación geográfica donde se incluyen rural, urbano, cercano o lejano a centro de salud; económicos tales como ingresos y egresos; factores de los servicios de la salud como satisfacción o insatisfacción de la atención, régimen de afiliación (6).

Seclen (14) en su artículo manifiesta que los factores que podrían influir en la asistencia por parte de las embarazadas al control prenatal pueden ser satisfactorios o insatisfactorios,

dentro de este último se encuentra el trato inadecuado, problema de salud no resuelto, desconfianza al personal de salud, costos elevados, establecimiento distante, entre otros. Dentro de los factores que influyen en la asistencia al programa de control prenatal se tiene trato del personal, información durante la consulta prenatal, instalaciones con ambiente apropiado, satisfacción de las expectativas, entre otros. Esto demuestra que las mujeres gestantes están en busca de un servicio que cumpla con sus expectativas, eficiente y de calidad, además que este sea de fácil acceso.

Sánchez (15) en su estudio permite identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo, esto significa un menor costo en su atención posterior y mejora de la calidad de la atención y la calidad de vida de las gestantes y sus hijos. Partiendo de esto es importante identificar los factores que influyen en el uso del control prenatal y de esta manera despertar nuevas expectativas para mejorar y reforzar el uso apropiado y los beneficios que trae consigo el control durante el embarazo, garantizando un bienestar y plena satisfacción a la madre como a su hijo y evitar así posibles complicaciones.

Al detectar estos factores más importantes que están asociados con el uso del control prenatal, se brindan aportes significativos para la profesión de enfermería, se obtiene un amplio conocimiento acerca de la problemática y se contribuye a mejorar las falencias relacionadas con la intervención a las madres, realizando un buen seguimiento de la gestación, alcanzando la confianza de la usuaria (15). A la comunidad académica tributa información acerca de los factores influyentes en el uso del control prenatal, el estudiante podrá realizar promoción y prevención en centros de atención primaria y de esta manera ampliarán sus conocimientos, experiencia y futura destreza laboral. A largo plazo, estos podrán realizar estudios que permitan evaluar estrategias eficaces para mejorar la adherencia al control prenatal, con énfasis en la prevención y que involucren la participación de la comunidad (16).

Este estudio permite reforzar los servicios de control prenatal a nivel departamental, ya que el mismo proporciona los factores por los cuales las madres no asisten de manera adecuada a este, con el fin de que el programa de control prenatal enfatice para mejorar las coberturas, por medio de información importante para el desarrollo de políticas y estrategias que mejoren el uso de los servicios de salud, especialmente el control prenatal (6).

2.1 Formulación del problema

Por todo lo anterior surge la siguiente pregunta **¿Cuáles son los factores asociados al uso adecuado del control prenatal en el Zodes Dique del departamento de Bolívar?**

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados al uso adecuado del control prenatal en el Zodes Dique del departamento de Bolívar.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de las mujeres embarazadas participantes del estudio.
- Identificar las características relacionadas con el embarazo en las gestantes.
- Determinar la proporción de uso del control prenatal en el Zodes Dique del departamento de Bolívar.
- Analizar los factores asociados al uso adecuado del control prenatal en el Zodes Dique del departamento de Bolívar.

4. MARCO TEÓRICO

SERVICIOS DE SALUD

Un servicio de salud se define como todo cuidado, servicio, entrenamiento, investigación y otros productos que se traducen en evaluar, valorar, diagnosticar, tratar, dar seguimiento a las condiciones de salud, prevenir enfermedades, así como mantener y mejorar la salud (17).

En Colombia, se hace seguimiento tanto al acceso al servicio de salud, como a la calidad del mismo. El acceso a servicios de salud busca identificar la utilización de dichos servicios por la población en eventos que se consideran prioritarios en el país, ya sea por el tipo de atención o por ser actividad relacionada con la prevención y control de enfermedades de interés público (18).

Los indicadores seleccionados para observar el acceso, se refieren a la atención de partos en las instituciones de salud, coberturas de vacunación, de control prenatal y de los tratamientos entregados a pacientes con VIH/SIDA (18).

Por otra parte en cuanto a la calidad, esta es hoy la dimensión más importante para alcanzar mejores resultados de salud y una mejor satisfacción de la población (18).

CONTROL PRENATAL

En la Guía de Control Prenatal, se define a esta como un conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico (19).

Se entiende por control prenatal a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la grávida con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza (20).

La OMS considera que el cuidado materno es una prioridad, que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal. Sin embargo, no todas las mujeres acceden al control

prenatal y algunas no logran la adherencia a las recomendaciones, ni cumplen con la periodicidad de asistencia al mismo (20).

Objetivos del control prenatal

Diagnosticar las condiciones fetal y materna, identificar factores de riesgo y educar a la gestante para el ejercicio de la maternidad y la crianza. Además de los riesgos biológicos, se exploran los riesgos biopsicosociales y se brinda orientación a la gestante y a su pareja para propiciar una relación óptima entre padres e hijos desde la gestación (16).

El control prenatal tiene como componentes: análisis temprano y continuo del riesgo; promoción de la salud, detección temprana y protección específica; e intervenciones médicas y psicosociales (21).

El control prenatal incluye una serie de actividades y procedimientos, así mismo intervenciones importantes para detectar oportunamente posibles complicaciones durante la gestación, para la realización de dichas intervenciones es importante asegurarse que el programa cuente con ciertos requisitos que afirmen la satisfacción de las usuarias, tales como: la calidad del servicio, el cual debe incluir, capacitación, actualización y capacidad resolutoria por parte del profesional de salud; también debe ser un servicio periódico para garantizar la atención durante toda la gestación cumpliendo con sus necesidades, con una amplia cobertura la cual se debe garantizar en los diferentes niveles de atención del sistema de salud. Además se debe brindar un control oportuno desde el primer trimestre hasta que cumpla con las necesidades de la gestante, este aspecto incluye también los horarios que sean convenientes para favorecer la asistencia y tratar de disminuir el tiempo de espera, el cual es un factor importante implicado en la inasistencia de las mujeres. Mientras sea posible, cualquier intervención o prueba requerida debería realizarse de acuerdo con la comodidad de las mujeres, en lo posible el mismo día que la mujer tiene la consulta (OMS, 2003) (22).

Identificación e inscripción de las gestantes en el control prenatal

Para el desarrollo oportuno de este proceso, 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. Este proceso implica: (23)

- Ordenar prueba de embarazo si éste no es evidente.
- Promover la presencia del compañero o algún familiar, en el control prenatal

- Informar a la mujer y al compañero, acerca de la importancia del control prenatal, su periodicidad y características. En este momento es preciso brindar orientación, trato amable, prudente y respetuoso, responder a las dudas e informar sobre cada uno de los procedimientos que se realizarán, en un lenguaje sencillo y apropiado que proporcione tranquilidad y seguridad.

Diligenciar y entregar el carné materno y educar sobre la importancia de su uso (23).

En el carné materno, se deben registrar los hallazgos clínicos, la fecha probable del parto, los resultados de los exámenes paraclínicos, las curvas de peso materno, altura uterina y tensión arterial media y las fechas de las citas de control (23).

Consultas de seguimiento y control

En la primera consulta

Primera consulta prenatal debe llenarse el instrumento de historia clínica de control prenatal y el carné, este último debe ser entregado a la gestante. La historia clínica debe constar de: (3)

- Identificación del prestador de los servicios.
- Identificación de la embarazada. Datos básicos: edad, estado civil y nivel de instrucción, ocupación, procedencia y teléfono.
- Aspectos psicosociales, antecedentes familiares, antecedentes personales, antecedentes obstétricos (gestacionales, partos, historia sexual), antecedentes ginecológicos, gestación actual.
- Vacunación: iniciar esquema de vacunación en el segundo trimestre.

La paciente es valorada integralmente por el médico general y por enfermera jefe, y de acuerdo con la valoración del riesgo será valorada por el médico ginecoobstetra (3).

Seguimiento y periodicidad de los controles

- Embarazo de bajo riesgo

Las consultas de seguimiento deben ser, idealmente, mensuales hasta la semana 32; después cada 15 días hasta la semana 36, y luego quincenal o semanal hasta el parto (3).

Los últimos dos controles prenatales deben ser efectuados por médico, con frecuencia semanal o quincenal, para orientar a la gestante y a su familia sobre el sitio de atención del parto y del recién nacido, explicar los factores de riesgo y diligenciar, completa, la nota de remisión (3).

- Embarazo de alto riesgo

El intervalo con que se realice el control se establecerá de acuerdo con la patología y a criterio del especialista. Idealmente, toda gestante debe ser valorada por el médico ginecoobstetra, para confirmar o determinar el factor de riesgo. Se recomienda que esta valoración se efectúe en la segunda consulta y en el último trimestre del embarazo, preferiblemente entre las semanas 32 a 34.

- Educación individual a la madre, compañero y familia.
- Preparación para la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los dos años.
- Fortalecimiento de los vínculos afectivos, la autoestima y el autocuidado como factores protectores.
- Prevención de la automedicación y del consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas durante la gestación.
- Seguimiento a toda gestante para verificar asistencia integral al control prenatal.
- Acudir a consultas periódicas cuando exista cualquier anomalía como, vómitos intensos y persistentes, diarreas, dolor al orinar, dolor de cabeza no habitual, hinchazón en zonas distintas a los pies y tobillos por la tarde, o en estos lugares si no desaparecen con el reposo nocturno (3).

FACTORES ASOCIADOS AL USO DEL CONTROL PRENATAL

Un factor asociado son aquellos elementos condicionantes que relacionados contribuyen a obtener un mismo fin.

Esguerra (24) en su estudio indica que, los factores que influyen en la inasistencia o la falta de uso del control prenatal comprenden: educación, del cual se dedujo que a mayor nivel educativo mayor asistencia, la ocupación, representando con mayor frecuencia las mujeres

que son amas de casa ya que requieren con el mayor tiempo para asistir a sus consultas, otro factor es ser madre soltera, ya sea por inestabilidad de la pareja o embarazos no deseados, la falta de conocimiento sobre el proceso de salud enfermedad, cuando algunas piensan que solo se debe asistir al control en presencia de alguna molestia o enfermedad, la falta de practica por parte del personal de salud donde no se tiene en cuenta una adecuada preparación física y psicológica para los procedimientos ganando desconfianza por parte de las usuarias. Y por último los escasos recursos económicos para el pago de la consulta y el transporte.

De acuerdo al estudio “Factores asociados al abandono del programa de control Prenatal en las gestantes captadas en la ESE Hospital Integrado San Juan de Cimitarra, Santander, en el Segundo Semestre de 2008” se indican otros factores relacionados con el uso de control prenatal, además de los mencionados en el estudio anterior, como: la distancia entre el lugar de residencia y el centro de servicios de salud, ya que la mayoría de las gestantes son provenientes del área rural, manifiestan preferir no asistir y quedarse en su casa. Por otra parte se encontró la edad, como factor determinante de dicha problemática, reflejando en el estudio un alto índice de embarazo en adolescentes. La concientización de las madres al pensar, tanto en la salud de su hijo como en la de ella misma, incluye otro agente precursor que favorece la asistencia al programa (25).

De acuerdo a lo anterior se establecen los siguientes grupos de factores asociados:

- Factores personales: El estudio “Factores asociados al uso del control prenatal en mujeres embarazadas en el distrito de Cartagena 2011”, relacionó el uso del control prenatal y la edad, mostrando que de 88% mujeres encuestadas mayores de edad, 68.5% usaron el control prenatal, a diferencia de 59.8% menores de edad que usaron el control prenatal (6).
En este factor se incluye la edad porque tanto las mujeres mayores de edad y las adolescentes son determinantes para aumentar las coberturas de uso del servicio (6).
- Factores familiares: dentro de estos factores se encuentran la funcionalidad familiar, el ciclo vital familiar, tipo de familia, tamaño de la familia, apoyo familiar y el embarazo no deseado. Esto comprende un aspecto importante porque la familia es el centro de la formación personal del ser humano y en los casos en que la familia no se encuentra sólida, pueden suceder diferentes aspectos, que no se le brinde el apoyo suficiente a la gestante para el desarrollo del embarazo, obteniendo falencias en el mismo proceso, por otra parte, desagrado de la familia ocasionado por un

embarazo no deseado, generando falencias en el estado de ánimo. En los casos en que la familia es demasiado numerosa se genera desinterés por parte de los integrantes de la familia hacia la gestante, desencadenando un desequilibrio en la misma y por tanto la ausencia de la gestante a los programas (6).

El estudio mencionado anteriormente mostro que 412 mujeres pertenecen a familias nucleares y solo 71.8% usaron el control prenatal, mientras que 61.8% de las familias no nucleares manifestaron haberlo usado. Con relación a la funcionalidad familiar se encontró que 75.5% embarazadas pertenecen a familias funcionales donde 72.6% de estas usaron adecuadamente el servicio (6).

- Factores socioculturales: en este grupo de factores se establecen la religión y la escolaridad; es de suma importancia el tipo de creencias que tenga la gestante o la familia de la misma, ya que existen ciertas ideologías que obstruyen las intervenciones médicas hacia la gestante, puesto que hay personas que se limitan a creer en los conocimientos científicos. Y el tipo de escolaridad es otro aspecto que demarca estos factores, pues el hecho de que la gestante tenga un nivel de escolaridad bajo interfiere en el conocimiento para adoptar conductas de prevención en el embarazo.

Del mismo estudio, se obtuvo que la relación entre el uso del control prenatal y el nivel de escolaridad fue positivo. De las mujeres que han cursado bachillerato completo en adelante el 73.5% refirieron uso adecuado del control prenatal, mientras que las mujeres sin completar secundaria refirieron un porcentaje de uso más bajo (6).

- Factores geográficos: se hallan las áreas tanto rural como urbana, ya que las personas residentes del área rural están predispuestas a la lejanía de los servicios de salud y por consiguiente a la ausencia de las gestantes a los programas de control prenatal. Mientras que las personas que se encuentran habitando en el área urbana están favorecidas a la cercanía de los centros de salud, generando un aumento en la asistencia a los programas (6).

Con relación al estudio realizado en el distrito de Cartagena, se encontró que las gestantes ubicadas cerca de la IPS, el 80.2% hizo uso adecuado del control prenatal, en relación de las que se encuentran lejos con 57.2% (6).

- Factores económicos: los ingresos corresponden a una de las partes más importantes del proceso de embarazo, porque a mayor disponibilidad del factor económico,

mayor acceso a los centro de salud. A diferencia de esto en los casos en que los egresos son mayores que los ingresos, se genera un desequilibrio en el seno familiar, ya que se priorizan aspectos relevantes en la familia dejando a un lado los relacionados con la salud incluido el embarazo (6).

De acuerdo con el estudio anterior, la relación entre el uso del control prenatal y el ingreso familiar de más de un salario mínimo legal mensual vigente se halló que de 295 mujeres encuestadas el 73.6% manifestaron haber usado el control prenatal y con menos de un salario mínimo mensual legal vigente el 63.3% lo uso (6).

Con respecto al ingreso personal se encontró que de 141 mujeres encuestadas, el 30.5% que cuentan con un ingreso personal hizo uso del control prenatal, mientras que la que no cuenta con un ingreso personal solo el 33% hicieron uso del control prenatal (6).

- Factores de los servicios de salud: en este caso la satisfacción o insatisfacción comprende un aspecto importante, ya que en algunos casos las gestantes inscritas al programa manifiestan no sentirse cómodas o bien atendidas, lo que genera desconfianza y ausencia a los programas, por el contrario cuando se sienten a gusto, bien atendidas, satisfechas, entran en una fase de confianza generando así una estabilidad y asistencia constante al programa (14).

5. METODOLOGÍA

5.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se trató de un estudio analítico, de corte transversal.

5.2 POBLACIÓN

La población la conformaron 6265 mujeres embarazadas del Zodes Dique del departamento de Bolívar.

5.3 MUESTRA

La muestra se estimó con una prevalencia de un 81%, un nivel de confianza intermedio de un 95% y un margen de error de 3%, remplazando:

$$n = \frac{Z^2 \cdot (P \cdot Q)}{e^2}$$
$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot (0.81 \times 0.19)}{(0.03)^2}$$
$$n = \frac{3.8416 \cdot (0.1539)}{0.0009}$$
$$n = 661$$

Se estimó una muestra de 661 con un porcentaje de pérdidas del 10%.

5.4 MUESTREO

El muestreo fue de tipo conglomerado. A continuación se muestra la distribución de los municipios en esta zona de desarrollo y el número de mujeres embarazadas por cada uno y la muestra a seleccionar.

ZODES DIQUE	TOTAL POR MUNICIPIO	MUESTRA
Arjona	600	65
Arroyo hondo	188	20
Calamar	769	81
Clemencia	394	42
Mahates	419	44
San Cristóbal	103	11
San Estanislao	355	37
Santa catalina	379	40
Santa Rosa de lima	429	45
Soplaviento	232	24
Turbaco	1753	185
Turbana	412	43
Villanueva	232	24
TOTAL	6265	661

Fuente: Secretaria departamental de salud.

5.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Mujer embarazada con enfermedades de base, patologías del embarazo, problemas cognitivos o trastornos mentales.

5.6 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Se aplicaron los instrumentos en los municipios del Zodes Dique por el grupo de investigación encargado del proyecto, en cada municipio se eligieron las mujeres de forma aleatoria teniendo en cuenta la muestra representativa y los criterios de inclusión, se inició con una explicación sobre el contenido de los mismos y el objetivo por el cual se realiza el proyecto de investigación, donde se mantendría completa confidencialidad y profesionalismo; como constancia legal, se solicitó a las participantes la firma del consentimiento informado y en caso de ser menores de edad se solicitó la autorización de un pariente mayor de edad, donde consta que los datos no serían manipulados por terceros ni para ningún otro propósito. Luego de recoger la información, se codificó en una matriz

de datos en el programa Microsoft Excel 2010 donde se organizó por variables para su posterior interpretación.

5.7 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

La técnica de recolección de información inicialmente consistió en una encuesta en donde se respetó la autonomía de los participantes y se mantuvo la confidencialidad de la información. Este instrumento basado en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, contiene una serie de preguntas donde se recolecta información sobre características sociodemográfica (nivel socioeconómico, escolaridad, estado civil, ocupación), características relacionadas con el embarazo, tales como edad gestacional, inscripción al programa y número de consultas realizadas; además se incluirán los factores asociados al uso del control prenatal, aquellos como personales (edad), familiares (funcionalidad familiar, tipo de familia, apoyo familiar o social), socioculturales (religión, escolaridad), geográficos (lugar de procedencia), económicos (ingresos y egresos) y de los servicios de la salud, enfatizando en la percepción de satisfacción e insatisfacción con la atención. Además se utilizó el instrumento de valoración de la funcionalidad familiar: APGAR familiar. (**Anexo 1**).

5.8 ANALISIS ESTADISTICO

La información recolectada fue codificada en una base de datos de Microsoft Excel, en la cual se organizaron los resultados y se hallaron las medidas de tendencia central y frecuencia relativa; se realizaron tablas bivariadas las cuales arrojaron los factores asociados al uso adecuado del control prenatal.

La base de datos que se realizó en Microsoft Excel fue procesada en el software SPSS versión 17.0 para realizar el análisis bivariado y multivariado, a su vez se calculó el OR e intervalo de confianza para cada asociación, lo que permitió emitir conclusiones.

Para el análisis bivariado las variables fueron dicotomizadas así:

Variable dependiente: uso adecuado del control prenatal, teniendo en cuenta:

Edad gestacional

Inscripción al programa

Número de consultas

Variables independientes:

<u>Edad:</u>	Más de 23 años Menos de 23 años
<u>Gestación:</u>	Con un solo embarazo Más de un embarazo
<u>Parto:</u>	ningún parto Un parto o más
<u>Cesáreas:</u>	Sin cesáreas Se le ha realizado cesárea
<u>Aborto:</u>	Sin aborto Ha presentado aborto
<u>Estrato:</u>	Ser de estrato 1 Ser de estrato 2 y 3
<u>Escolaridad:</u>	Estudios hasta secundaria Estudios superiores a secundaria
<u>Estado civil:</u>	Sin pareja Con pareja
<u>Apoyo familiar:</u>	Sin apoyo familiar Con apoyo familiar
<u>Embarazo:</u>	Embarazo no planeado Embarazo planeado
<u>Funcionalidad familiar:</u>	Funcionalidad Disfuncionalidad
<u>Tamaño de la familia</u>	Grande Pequeña
<u>Ocupación:</u>	No empleadas Empleadas
<u>Afiliación:</u>	Sin afiliación Con afiliación

6. ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto de investigación Factores Asociados al Uso del Control Prenatal en el Zodes Dique del Departamento de Bolívar, se respalda bioéticamente en la Declaración de Helsinki que fue promulgada como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. En donde el propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades (26).

En la Resolución N° 008430 de octubre 4 de 1993, se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; se plantea que se requiere obtener el Consentimiento Informado (**Anexo 2**) de la mujer y de su cónyuge o compañero, con previa información de los riesgos posibles para el embrión, feto o recién nacido en su caso. Además informa sobre aquellas investigaciones sin beneficio terapéutico en mujeres embarazadas cuyo objetivo sea obtener conocimientos generalizables sobre el embarazo, ya que no deberán representar un riesgo mayor al mínimo para la mujer, el embrión o el feto. Se estipula que los investigadores no tendrán autoridad para decidir sobre el momento, método o procedimiento empleados para terminar el embarazo, ni participación en decisiones sobre la viabilidad del feto. Así como queda estrictamente prohibido otorgar estímulos, monetarios o de otro tipo, para interrumpir el embarazo, por el interés de la investigación o por otras razones (27).

Este proyecto se clasifica como una investigación sin riesgo, ya que los instrumentos de medición emplean técnicas y métodos de investigación que no realizan ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio (28). Por lo tanto no varía el estado de salud de las mujeres embarazadas ni se vio alterado el desarrollo de su hijo. Así mismo el proyecto se resguarda en los siguientes principios bioéticos: la autonomía que corresponde al derecho que tiene cada persona de decidir sobre su vida, por lo tanto la gestante pudo elegir por su propia voluntad si desea participar o no en el proyecto de investigación; el principio de no maleficencia que obliga a todos de modo primario y por lo tanto es anterior a cualquier tipo de información o de consentimiento y pretende no dañar al paciente, esto obliga moralmente al investigador de un proyecto a buscar los menores riesgos posibles para los sujetos de experimentación.

El principio de beneficencia persigue maximizar los beneficios y minimizar los daños, por tanto las mujeres participantes de la investigación deben conocer los riesgos y los

beneficios que se logran con su participación en el estudio, siendo de mayor prevalencia los beneficios que los daños (28).

7. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	TIPOS DE VARIABLES	NIVEL DE MEDICIÓN
Perfil sociodemográfico	Conjunto de elementos que contribuyen a producir un resultado determinado en cuanto a la población teniendo en cuenta su volumen, crecimiento y características en un momento.	Sexo	Femenino	Cualitativa	Nominal
		Edad	Años cumplidos	Cuantitativa	De razón
		Nivel socioeconómico	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Estrato 5	Cualitativa	Ordinal
		Escolaridad	Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Técnico completo Técnico incompleto Universidad completa Universidad incompleta	Cualitativa	Ordinal
		Estado civil	Soltera Casada Unión libre Separada Viuda	Cualitativa	Nominal
		Ocupación	Ama de casa Empleada Trabajo independiente Estudiante Desempleada	Cualitativa	Nominal

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN
Características relacionadas con el embarazo	Conjunto de elementos que agrupan los requisitos que debe tener una gestante.	Edad gestacional	Numero de semanas Numero de meses	Cuantitativa	De razón
		Inscripción al programa	Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre	Cualitativa	Ordinal
		Seguridad social	Subsidiado Contributivo No vinculado	Cualitativa	Nominal
		Número de consultas realizadas	Número de consultas	Cuantitativa	De razón
		Uso del control prenatal	Adecuado No adecuado	Cualitativa	Nominal

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN
Factores asociados al uso del control prenatal	Grupo de elementos que agrupa los agentes relacionados con el uso del control prenatal.	Factores personales	Edad	Cuantitativo	De razón
		Factores familiares	Funcionalidad familiar Ciclo vital familiar Tipo de familia Tamaño de familia Apoyo familiar o social Embarazo planeado Embarazo no planeado Estado civil	Cualitativo	Nominal
		Factores socio-culturales	Religión Escolaridad Estrato social	Cualitativo	Nominal
		Factores geográficos	Procedencia Rural Procedencia Urbano Residencia Cerca a centro de salud Residencia Lejano a centro de salud	Cualitativo	Nominal
		Factores económicos	Ocupación Ingresos personales Ingresos familiares Egresos personales Egresos familiares	Cuantitativo	Ordinal

		Factores de los servicios de la salud	Satisfacción de la atención Insatisfacción de la atención Afiliación: EPS	Cualitativo	Nominal
--	--	---------------------------------------	---	-------------	---------

8. RESULTADOS

8.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

En el estudio participaron 659 mujeres embarazadas encontrando que la edad promedio de las encuestadas fue de 23 años. El 85,3% (562) de estas pertenecieron al estrato 1, 36,4% (240) de las gestantes no habían completado la secundaria y 73,7% (486) de las mujeres viven en unión libre.

Con relación a la ocupación 74,2% (489) son amas de casa. El 72,5% (478) de las mujeres pertenecieron al régimen subsidiado y el 24,9% (164) al régimen contributivo. La mayor proporción de participantes pertenecen a la religión católica (71,5% (471)). Así mismo, la mayoría de las gestantes viven en familias extensas modificadas (44,2% (291)). El 82,2% (542) de las mujeres formaron parte de una familia funcional, 50,5% (333) viven en familias grandes. En cuanto al apoyo familiar un 97,1% (640) percibe el apoyo de su familia durante su embarazo. **(Ver anexo 3.Tabla 1).**

8.2 CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS CON EL EMBARAZO

De acuerdo a las características relacionadas con el embarazo de las mujeres encuestadas, la mayoría de estas han tenido 2 embarazos, se encuentran en el quinto mes de gestación, con 23 semanas y han asistido a 3 consultas prenatales. **(Ver anexo 3. Tabla 2).**

Gran parte de estas se inscribieron en el primer trimestre de embarazo, que corresponde a un 80,5% (417). El 78,6% (518) de las mujeres encuestadas si asisten al control prenatal restando un 21,4% (141) que no asisten al mismo. El 19,3% (99) presentan tres consultas y el 1,8% (9) han asistido a nueve consultas del control prenatal. El 53,3% (351) de las mujeres encuestadas han tenido un control prenatal adecuado mientras que el 46,7% (308) no ha tenido un adecuado control prenatal. **(Ver anexo 3. Tabla 3).**

Detectar alteraciones durante la gestación es la razón de mayor asistencia al control por parte de las mujeres embarazadas, correspondiendo a un 82% (425), el 14,3% (74) lo hace por recomendación de familiares. La mayor razón por la que las mujeres embarazadas no asisten a su control es debido a mucho tramite en EPS 37,6% (53), seguido del desconocimiento del embarazo con un 23,4% (33), un 6,4% (9) corresponde a quienes no asisten por manifestar tener pereza, el 3,5% (5) indica que no ha tenido tiempo y el 1,4% (2) no le habían informado a su madre del embarazo. La mayoría de las embarazadas

encuestadas no planearon su embarazo, lo cual corresponde a un 65,7% (433). (**Ver anexo 3. Tabla 4**).

La mayoría de las mujeres embarazadas están satisfechas con la atención prestada en el control prenatal lo que corresponde a un 93,8% (486) y el 6,2% (32) no muestran satisfacción por el servicio; cuya razón principal es la mala atención 48,3% (15) seguido de un 35,5% (11) por falta de calidad en el mismo. (**Ver anexo 3. Tabla 5**).

El 52,7% (273) de las mujeres gestantes encuestadas se realizan el control prenatal en el puesto de salud del gobierno, seguido de los hospitales con un 28% (145). Respecto al pago del control prenatal, un 95,6% (495) de las mujeres embarazadas no cancelan por este servicio, el 3,5% (18) hacen un pago parcial y solo el 1% (5) realizan un pago total por el servicio. (**Ver anexo 3. Tabla 6**).

8.3 FACTORES ASOCIADOS AL USO DEL CONTROL PRENATAL

Factores personales

Al comparar el rango de edad entre las mujeres menores y mayores de 23 años, el ser mayor aumenta la probabilidad de que las mujeres usen adecuadamente el control prenatal, ya que las mujeres mayores de 23 años demuestran mayor uso con un 57,9% (168), que las menores de 23 años con un 49,6% (183), cuya asociación es significativa (OR: 1,4 IC: 1,1-1,9).

Con respecto a la formula gestacional se puede inferir que las mujeres que han estado en embarazo por primera vez asisten en un 55,8% (154), mientras que las que han tenido más de un embarazo asisten en un 51,4% (197); no obstante esta asociación no es significativa (OR: 0,8 IC: 0,6-1,1).

Quienes no han tenido ningún parto asisten en un 54,6% (237) en comparación con aquellas que han tenido un parto o más lo que corresponde a un 50,7% (114), concluyendo que esta es una asociación no significativa (OR: 0,8 IC: 0,6-1,1).

En relación a las mujeres que han estado en embarazo y que nunca le han realizado cesárea asisten a un control prenatal adecuado con un 54,4% (286), a diferencia de aquellas que se les ha realizado cesárea asisten en un 48,9% (65), siendo esta una asociación no significativa (OR: 0,8 IC: 0,5-1,1).

Aquellas mujeres que no han tenido abortos tienen un control adecuado en un 53,2% (272), cifra no muy divergente de aquellas que sí han presentado abortos con un porcentaje de 53,4% (79), siendo esta asociación no significativa (OR: 0,9 IC: 0,6-1,4). **(Ver anexo 3. Tabla 7).**

Factores socio-culturales

Pertenecer a los estratos 2 y 3 influye en que las mujeres embarazadas realicen un control prenatal adecuado con un 61,9% (60); a diferencia de las de estrato 1 quienes reportan un 51,8% (291). Sin embargo esta asociación no es significativa (OR: 1,5 IC: 0,9- 2,3).

En lo relacionado con la escolaridad, el tener estudios superiores a la secundaria influye en un adecuado control prenatal cuyo factor es significativo (OR: 1,6 IC: 1,2- 2,3), las mujeres que tienen estudios hasta la secundaria asisten en un 49,5% (230) a diferencia de las mujeres con estudios superiores con un 62,4% (121). **(Ver anexo 3. Tabla 8).**

Factores familiares

Es estadísticamente significativo (OR: 1,9 IC: 1,2-3,0) el hecho de contar con pareja para hacer un uso adecuado del control prenatal, pues asisten en un 56% (310), mientras que quienes no cuentan con pareja asiste un 39% (41).

El tener apoyo familiar aumenta significativamente la probabilidad de tener un control adecuado (OR: 3,2 IC: 1,1-9,2), siendo esta una asociación significativa. El 54,1% (346) de las mujeres encuestadas que cuentan con apoyo familiar asisten adecuadamente al control prenatal, sin embargo las mujeres que no cuenta con apoyo reportan un porcentaje de asistencia de 26,3 (5).

Por otra parte, aquellas gestantes que planearon su embarazo mantienen un control prenatal adecuado en un 65,9% (149), a diferencia de aquellas gestantes que no planearon su embarazo ya que asisten en un 46,7% (202). Esta asociación es significativa (OR: 2,2 IC: 1,5-3,0).

Comparando la funcionalidad familiar de las gestantes se puede inferir que, aquellas mujeres pertenecientes a una familia funcional asisten al control en un 55% (298), mientras que las que pertenecen a familias disfuncionales asisten en un 45,3% (53). Esta asociación no es significativa (OR: 1,4 IC: 0,9-2,2).

El pequeño tamaño de la familia influye significativamente en un control adecuado por parte de las gestantes (OR: 0,7 IC: 0,5-0,9). Aquellas mujeres que pertenecen a familias de

gran tamaño asisten adecuadamente en un 49,2% (164), por el contrario el 57,4% (187) son de familias pequeñas. **(Ver anexo 3. Tabla 9).**

Factores económicos

Se puede inferir que el ser empleada aumenta significativamente la probabilidad de tener un adecuado control prenatal (OR: 2,3 IC: 1,2-4,2), ya que el 71,4% (40) son aquellas gestantes empleadas que asisten apropiadamente, mientras que solo el 51,6% (311) de las desempleadas llevan adecuadamente su control. **(Ver anexo 3. Tabla 10).**

Factores de los servicios de la salud

De las mujeres encuestadas que cuentan con un régimen de afiliación el 54% (347) mantienen un adecuado control, por el contrario las que no cuentan con régimen de afiliación llevan a cabalidad su atención prenatal en un 23,5% (4), considerándose ésta una asociación significativa (OR: 3,8 IC: 1,2-11,8). **(Ver anexo 3. Tabla 11).**

FACTORES ASOCIADOS DEL USO ADECUADO DEL CONTROL PRENATAL

Los factores que resultaron significativos en el análisis bi-variado que explican el uso adecuado del control prenatal por parte de las mujeres embarazadas del Zodes Dique de Bolívar son: ser mayor de 23 años (OR: 1,4 IC: 1,1-1,9), tener estudios superiores a secundaria (OR: 1,6 IC: 1,2-2,3), poseer pareja (OR: 1,9 IC: 1,2-3,0), contar con apoyo familiar (OR: 3,2 IC: 1,1-9,2), tener un embarazo planeado (OR: 2,2 IC: 1,5-3,0) ser empleada (OR: 2,3 IC: 1,2-4,2), contar con afiliación en salud (OR: 3,8 IC: 1,2-11,8) y pertenecer a una familia pequeña (OR: 1,3 IC: 1,2-1,8). **(Ver anexo 3. Tabla 12).**

FACTORES EXPLICATIVOS AL USO ADECUADO DEL CONTROL PRENATAL

Los factores significativos que resultaron del análisis multivariado y explican el uso adecuado del programa de control prenatal por las mujeres gestantes del Zodes Dique del Bolívar son: contar con pareja (OR: 1,8 IC: 1,1-2,8), haber planeado el embarazo (OR: 1,7 IC: 1,2-2,4) y tener una afiliación en salud. **(Ver anexo 3. Tabla 13).**

9. DISCUSION

Los factores explicativos del uso adecuado del control prenatal por parte de las mujeres del Zodes Dique del departamento de Bolívar son: ser mayor de 23 años, tener estudios superiores a la secundaria, contar con una pareja, vivir en familia pequeña, haber planeado el embarazo, contar con apoyo familiar, ser empleada y contar con una afiliación en salud.

En cuanto al nivel socioeconómico de las embarazadas un porcentaje importante de estas pertenecieron al estrato 1, así como reporto el estudio de Castillo I. (6) donde el 61.8% de las mujeres embarazadas fueron del mismo estrato, es decir la mayoría son de bajo nivel socioeconómico. La literatura indica que la baja adherencia al control prenatal se encuentra influida por la baja condición socioeconómica, por ejemplo la asistencia al control prenatal varía y tiene distribución desigual por estratos socioeconómicos, se evidencia que las gestantes de clase alta realizan mejor control prenatal, algunas incluso con excesiva medicalización (16).

Respecto a la escolaridad, Martínez (29) en su estudio describe que la mayoría de las gestantes presentaron estudios superiores universitarios en un 31,7%. Así mismo, Castro (30) en su investigación encontró un promedio de 12 años de estudios, de igual forma la encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENS 2005) (31) describe que el promedio de años de estudio para Bogotá es de 10 años lo que implica que una gran parte han desarrollado estudios de secundaria, resultados muy diferentes a los del presente estudio donde prevalece la secundaria incompleta indicando que las gestantes del Zodes Dique del Departamento de Bolívar tienen una baja escolaridad, lo que puede influir en la existencia de vacíos en su conocimiento acerca del cuidado de su propia salud.

En cuanto al estado civil las mujeres encuestadas reportaron vivir en unión libre en su mayoría, esto es totalmente divergente a las cifras encontradas en el estudio de Martínez J. (29) donde se evidencia que en un 64,7% eran casadas; aunque a las mujeres del Zodes Dique nada formal las vincula con su cónyuge es importante el apoyo de este durante todo el proceso de gestación.

Teniendo en cuenta la tipología familiar, las embarazadas del presente estudio reportaron en su mayoría ser de familias extensas modificadas, resultados desiguales con los del estudio realizado en el Distrito de Cartagena (6), el cual describe que el 46.4 % de las gestantes pertenecieron a familias nucleares, lo que fue determinado como un factor protector ya que aumenta la probabilidad de un mejor control.

Ramírez (32) en su estudio menciona que la mayoría de las mujeres embarazadas indicaron no haber trabajado con un 40,1%, algo similar a lo que reportó el presente estudio ya que la mayoría de las encuestadas fueron amas de casa, esto puede reflejar la situación que se vive actualmente en el país principalmente en las zonas rurales donde existe falta de oportunidad y desempleo, visible en las cifras encontradas en este estudio.

En lo que se refiere al régimen de afiliación en el presente estudio se encontró que prevalece el subsidiado en la mayoría de las gestantes, a diferencia de lo que reportó Castro M. (30) en su estudio donde el 40,6% de las embarazadas son vinculadas, mientras que las subsidiadas solo tienen el 24%, lo que indica que se ha venido aumentando la cobertura de afiliación para el régimen subsidiado y disminuyendo las personas vinculadas, representando una ventaja para que las gestantes puedan contar con los servicios de salud requeridos.

En cuanto a la funcionalidad familiar en el estudio de Castillo I. (6), se encontró que el 75,5% de las embarazadas pertenecen a familias funcionales, resultado similar al encontrado en este estudio, esto favorece directamente el desarrollo emocional tanto de la madre como del neonato y al uso adecuado del control prenatal.

Las mujeres que han asistido al control prenatal según el estudio de Ramirez-Zetina (32) corresponden a un 94,6%, resultado similar a los encontrados en esta investigación donde se evidencia que la mayoría de las gestantes asiste al control, indicando que las mujeres conocen la importancia de acudir a las consultas médicas correspondientes durante el proceso de embarazo. Sin embargo, en el presente estudio la mayoría de las embarazadas han realizado de 1 a 3 consultas prenatales, a diferencia de lo encontrado por Hernández L. (25) en su estudio donde el número de controles a los que suelen asistir las madres gestantes es de 4 a 6, es decir el 53.2%.; lo que evidencia que no se hace uso del control prenatal de acuerdo al esquema que plantea la OMS y la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, donde indica que el número de consultas varían entre 8 y 11, siendo mensuales hasta la semana 36 y luego cada 15 días hasta el parto para considerar que la mujer hizo un adecuado control prenatal (3).

De acuerdo a las características de las gestantes encuestadas se encontró que la mayoría inició el control prenatal en el primer trimestre, lo que indica que las embarazadas están tomando conciencia de la importancia de la inscripción al programa de control prenatal, a

diferencia a las encontrada en el estudio realizado por Hernández L. (25), donde el 53.2% inició la inscripción al control prenatal en el segundo trimestre.

A pesar de que la inscripción en el primer trimestre al control prenatal es prevalente, la utilización del control no es adecuada, como lo refleja los resultados obtenidos donde un 53,3% (351) de las mujeres encuestadas se realizaron adecuadamente el control prenatal y el 46,7% (308) no se realizaron adecuadamente dicho control, cifras que evidencian una falla en la continuidad del servicio; muy diferentes a las cifras que asegura un estudio realizado por Rico R. (33) en México, donde se evidencia que la cobertura de control prenatal se considera en general aceptable puesto que solo una de cada 10 mujeres no acudió a control prenatal y entre el grupo que sí lo hizo el promedio de consultas supera ligeramente a las 5 que demuestra el buen uso del mismo.

En lo que se refiere al lugar donde acuden a la realización del servicio prenatal, se evidenció en el estudio de Sánchez H. (34) que el 38% fueron atendidas en servicios de salud para la población abierta, algo similar a los resultados arrojados en el presente estudio donde las gestantes son atendidas por los puestos de salud del gobierno, lo que hace deducir que la gran mayoría de las embarazadas acuden a los servicios públicos prestados por el Estado.

Dentro de las razones por la cual las mujeres asistieron al control se evidenció que el detectar alteraciones durante la gestación fue la de mayor prevalencia, seguido de las mujeres que asisten por recomendación de familiares, muy semejante a los resultados que se describen en el estudio de Jiménez A. (35), el cual constata que la razón primordial de asistencia por parte de las embarazadas es para tener un bebé sano (96.8%), seguido de aprender cómo proteger la salud y aprender mejores hábitos de salud; Verde M. (4) en su estudio identifica que de las mujeres que asisten al control el 95,5% de ellas considera que este control es importante, siendo esta la razón por la cual asisten. Por lo cual puede pensarse que las mujeres embarazadas han adquirido información sobre la atención prenatal, reconociendo que ésta reduce la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, también permite identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo.

La mayor razón por la que las mujeres embarazadas no asistieron a su control prenatal fue debido a mucho trámite en la EPS, seguido de otras razones como desconocimiento del embarazo, tener pereza, no tener tiempo y el no haberle informado a su madre, por lo cual se puede inferir que existen fallas en la gestión administrativa de las instituciones de salud

y desinterés por parte de la gestante sobre la evolución de su embarazo lo que interfiere en el uso del control y su adherencia a este. Martínez y Delgado (29) en su estudio ponen entrevistado que el 37,42% de las que nunca acudieron al programa manifestaron que dicho control no se ofrecía dentro de los servicios prestados en su centro sanitario y un 26% manifestaban no tener tiempo. Del mismo modo las causas por las cuales las pacientes no controlan sus embarazos en el estudio de Jiménez A. (35), el 48,9% refiere falta de interés frente al control, seguida del 17,8% que refiere no poder concurrir por tener hijos a su cargo, 10,4% por falta de carné de asistencia y 3,6% por policlínica distante.

Con respecto a la satisfacción que tienen las mujeres gestantes con la prestación del servicio de control prenatal, se encontró que los niveles de satisfacción son del 93,8%, cifras similares a las encontradas en un estudio realizado en los servicios de maternidad hospitalarios de Finlandia (14) donde describe niveles de satisfacción de control prenatal del 66%. Además se evidencia que los principales motivos de insatisfacción con el control prenatal fueron el tiempo de espera prolongado y el trato inadecuado, similar a la razón encontrada en el estudio de Jiménez A. (35), en donde constatan como principal barrera de la insatisfacción del servicio el tiempo en la sala de espera, resultado similar al encontrado en este estudio donde las principales razones de la no satisfacción con el servicio incluyen, mala atención, falta de calidad en el servicio y un mal trato percibido por la gestante, estas razones no reflejan el objetivo del control prenatal el cual es atender integralmente el proceso al que se enfrentan las mujeres durante el embarazo y así mejorar los resultados en su salud y del producto de la gestación (4).

Con relación a los factores asociados al uso del control prenatal se encontró que las mujeres mayores de 23 años asisten al control prenatal correctamente, lo que indica que las mujeres de más edad reflejan mayor grado de responsabilidad con su salud; datos similares a los planteados en el estudio de Castillo I. (6), en donde la edad promedio de las mujeres embarazadas es de 23 años. La relación al uso del control prenatal con la edad, es que el 88% de las mujeres encuestadas son mayores de edad y de estas el 68,5% usa el control prenatal.

Se encontró que las mujeres con estudios superiores a la secundaria son quienes reflejan mayor asistencia al control prenatal, cifras similares a las del estudio de Martínez y Delgado (29) donde un mayor nivel de estudios favorece la participación en la educación prenatal indicando secundaria (OR: 1,79 IC: 1,09-2,93) y tener estudios universitarios (OR: 3,46 IC: 1,9-4,3).

Con respecto a la ocupación se encontró que el ser empleadas aumenta la probabilidad de usar adecuadamente el control prenatal, resultados que son similares con el estudio de

Ramírez (32) donde se revela que el no haber trabajado durante el embarazo y, más aún, el no haber trabajado nunca muestra una asociación significativa con la ausencia de control prenatal correspondiendo a un 40,1%. Estos resultados reflejan que las mujeres que cuentan con empleo tienen mayor accesibilidad a un régimen de afiliación en salud que les permite adquirir los servicios que necesiten.

En relación con el estado civil y el uso adecuado del control prenatal, se encontró en el estudio realizado por Belizán (36) que un 42% de las madres casadas realizó siete o más controles. Asimismo, el grupo de unión libre mostró un 27%, correspondiendo a un 69% aquellas mujeres que cuentan con una pareja, mientras que las solteras asisten en un 9%, resultados superiores y similares a los arrojados por este estudio donde el hecho de contar con una pareja influye positivamente a realizar adecuadamente un control prenatal lo que refleja la importancia del rol paterno durante la etapa del embarazo. Igualmente la literatura indica que un inadecuado soporte familiar y la no aceptación del embarazo, son factores que pueden afectar negativamente la gestación, similar a lo encontrado en el estudio donde el apoyo familiar aumenta la probabilidad de tener un control adecuado. (37)

El estudio Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores asociados, indica que el tamaño de la familia parece influenciar en la utilización de consultas, similar a lo encontrado en el presente estudio donde vivir en familias pequeñas influye en la utilización adecuada del servicio del control prenatal, esto demuestra que en estas familias las prácticas de cuidado son más consistentes y no tienden a disolverse. (38)

Respecto a la afiliación y el control prenatal, en el estudio Impacto de la reforma en la Salud Sexual y Reproductiva se evidencia una asociación positiva entre la afiliación y el uso del control prenatal, ya que para 1995 entre las afiliadas a las EPS no había mujeres sin control prenatal, mientras que aquellas sin afiliación a la seguridad social, el 92% de las mujeres no tuvieron control prenatal (39), resultados semejantes a los hallados en el presente estudio puesto que se encontró una asociación estadísticamente significativa entre tener afiliación y el uso adecuado del control prenatal. Castillo I. (6), en su estudio reafirma estos resultados y establece que las mujeres que cuentan con afiliación tienen mayor posibilidad de acceder a los servicios prenatales; se cree que esto es debido a la falta de conocimientos con respecto a los derechos de atención prenatal sin régimen de afiliación y el proceso que se inicia para que ésta se afilie.

Ramírez-Zetina (32) en su estudio evidenció que los sentimientos negativos frente a la sospecha de embarazo y, más aún, los sentimientos negativos al haberse confirmado el embarazo mostraron una intensa asociación directa con la carencia de atención prenatal,

similar a lo arrojado en el presente estudio donde quienes planearon su embarazo mantienen un control prenatal adecuado, lo que indica que el tener un proyecto de vida planteado incrementa el interés por la gestación y los cuidados durante esta.

Las fortalezas del presente estudio, se evidencian por la extensa población rural que se abarcó y la gran diversidad de aspectos socioculturales de las mujeres embarazadas, ya que se llevó a cabo en todos los municipios del Zodes Dique del departamento de Bolívar, por lo cual se hallaron variedad de opiniones que hicieron posible dar respuesta a la hipótesis planteada, es decir, encontrar los factores asociados al uso del control prenatal. Otro factor que favoreció el desarrollo del estudio, fue la participación de las gestantes de manera empática con el instrumento de recolección de información.

A pesar de contar con dichas fortalezas, durante el proceso investigativo las limitaciones son las derivadas del auto-reporte.

10. CONCLUSIONES

El hecho de asistir al control prenatal, no indica en su totalidad que se haga un buen uso de este, un control prenatal adecuado es aquel donde se tiene en cuenta la fecha de inscripción al programa y número de consultas realizadas de acuerdo a la edad gestacional de la embarazada, por lo tanto la mayoría de las gestantes del Zodes Dique del departamento de Bolívar no ha tenido un adecuado control prenatal a pesar que asisten a dicho control. Esto revela fallas en la continuidad del servicio ya que la mayoría de las gestantes solo han asistido a tres consultas prenatales.

La razón de mayor asistencia al control prenatal por parte de las mujeres embarazadas es detectar alteraciones durante la gestación y entre las razones de inasistencia se evidencia que existe fallas en la gestión administrativa de las instituciones de salud así como falta de interés frente al control por parte de la embarazada lo que interfiere en el uso del servicio y su adherencia a este. Por otra parte, la mayoría de las mujeres gestantes se encuentran satisfechas con la atención prestada en el servicio del control prenatal.

Con relación al factor personal, ser mayor de 23 años indica una mayor responsabilidad por parte de las mujeres embarazadas, ya que asisten con mayor regularidad a las consultas.

Con respecto a los factores socioculturales, el hecho de tener estudios superiores a la secundaria, se asocia a una mayor adherencia al control prenatal.

El tener apoyo familiar, contar con pareja, el tamaño de la familia y el haber planeado el embarazo influye en la realización de un adecuado control prenatal, lo que refleja una relación importante entre el factor familiar y el uso adecuado del servicio.

En el factor económico, se asocia que el estar empleada refleja mayor uso adecuado del servicio.

Dentro de los factores de los servicios de la salud, el contar con una afiliación aumenta la probabilidad de uso adecuado del control prenatal por parte de las mujeres.

11. RECOMENDACIONES

Para las instituciones prestadoras de salud

- Aumentar la educación que se brinda a las mujeres gestantes captadas para que reconozcan la importancia de la asistencia al control prenatal, el seguimiento del embarazo y así poder detectar a tiempo posibles complicaciones y culminar un feliz embarazo.
- Mejorar la atención del control prenatal en cuanto a la asignación de citas y evitar los trámites para la obtención de la afiliación, con el objetivo de lograr una mayor cobertura.
- Incentivar al personal promotor de salud, buscar apoyo de líderes comunitarios para que realicen seguimiento a las mujeres que alguna vez han asistido y no continúan con el control, para indagar las razones de la no asistencia y lograr una adherencia al servicio.

Para la comunidad académica

- Que se realicen estudios de intervención para evaluar estrategias que mejoren la adherencia al control prenatal, con énfasis en la prevención y que involucren la participación de la comunidad.
- Al diligenciar el instrumento de medición, es importante el entrenamiento de los entrevistadores y usar el léxico acorde al nivel educativo del encuestado.
- Es importante que al momento de realizar la entrevista se cuente con una privacidad entre el encuestado y el encuestador para que no existan temores a la hora de responder y así evitar limitaciones propias del autoreporte.

12. BIBLIOGRAFIA

1. Lasso P. Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud? *Pensamiento Psicológico*, 2012; 10 (2): 123-133.
2. Vega R, Barrón A, Acosta L. Atención prenatal según la NOM-007 relacionada con morbilidad materna en una unidad de salud en San Luis Potosí durante 2008. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 2013; 30 (3): 265-272.
3. Cancino E, León H, Otálora R, Pérez E, Sarmiento R, Yates A, Uribe R. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog). Guía de control prenatal y factores de riesgo.
4. Verde M, Varela L, Episcopo C, García R, Briozzo L, Impallomeni I, Alonso J. Embarazo sin control, Análisis epidemiológico. *Rev Méd Urug* 2012; 28(2): 100-107.
5. Álvarez M, Hinojosa M, Salvador S, López R, González G, Carbonell I, Pérez R. Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiol* 2011;49 (3):420-433.
6. Castillo I, Arias L, Cueto E, Ledesma J, Luna T, Morón L, *et al.* Factores asociados al uso del control prenatal por mujeres embarazadas en el distrito de Cartagena 2011. [trabajo de grado para optar título de enfermera]. Cartagena, Universidad de Cartagena, 2011.
7. Rojas J, Cogollo M, Miranda J, Ramos E, Fernández J, Bello A. Morbilidad materna extrema en cuidados intensivos obstétricos. Cartagena (Colombia) 2006-2008. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2011; 62 (2): 131-140.
8. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. (Disponible en: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/maternal_mortality/es/index.html, Consultado: 23 de Noviembre de 2011)
9. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales, del 2010 (Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf. Consultado: 24 de noviembre de 2011)

10. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales, 2011 (Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf, Consultado: 24 de noviembre de 2011)
11. Seguimiento al sector salud en Colombia, Así vamos en salud. Razón de Mortalidad Materna por Departamento, Colombia 2009. (Disponible en: http://www.asivamosensalud.org/index.php?option=com_content&view=article&id=213, Consultado: 17 de diciembre de 2011)
12. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales, del 2009 (Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Full.pdf, Consultado: 24 de noviembre de 2011)
13. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estadísticas, Colombia. (Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/colombia_statistics.html, Consultado: 02 de agosto de 2013)
14. Seclen-Palacín J, Benavides B, Jacoby E, Velásquez A, Watanabe E. ¿Existe una relación entre los programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de atención prenatal?: experiencia en hospitales del Perú. Revista Panam Salud Pública. 2004; 16 (3):149–57.
15. Sánchez H, Pérez G, Pérez P, Vázquez F. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2005; 43 (5): 377-380.
16. Cáceres F. Control prenatal: una reflexión urgente. Revista colombiana de obstetricia y ginecología. 2009; 60 (2). (Disponible en: http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol60No2_Abril_Junio_2009/v60n2a07.pdf Consultado: 29 de noviembre de 2011)
17. International Workshop Agreement IWA 1: 2005. Based on ISO 9004:2000, Second edition, 2005.
18. Seguimiento al sector salud en Colombia, así vamos en salud. Indicadores de servicios de salud. (Disponible en:

http://www.asivamosensalud.org/index.php?option=com_content&view=category&id=64&Itemid=76. Consultado: 17 de diciembre de 2011).

19. Casini S, Lucero. G, Hertz. M, Andina. E. Guía de Control Prenatal. Embarazo normal. Revisión división obstetricia, Hospital Materno Infantil Ramón Sardá 2002.
20. Boletín del Centro Latino Americano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) de la Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. El control prenatal. Revista Salud Perinatal Montevideo, Uruguay. 1990; 3(10):121–136.
21. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog) (Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Desarrollo%20de%20Servicios/Gu%C3%ADas%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20Materno%20Perinatal/GUIA%201.%20%20CONTROL%20PRENATAL%20Y%20FACTORES%20DE%20RIESGO.pdf>. Consultado: 30 de noviembre de 2011)
22. Giraldo S. Protocolo control prenatal. (Disponible en: http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/Protocolo_Control_Prenatal.pdf. Consultado: 30 de noviembre de 2011)
23. Ministerio de salud dirección general de promoción y prevención. Norma Técnica Para La Detección Temprana De Las Alteraciones Del Embarazo. (Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/08-deteccion.pdf>. Consultado: 17 de diciembre del 2011)
24. Esguerra C, Esguerra I. Causas de inasistencia a control prenatal. Estudio Descriptivo en Bogotá. Avances en enfermería [en línea] 1991; 9(2).
25. Hernández L, Cala c. Factores asociados al abandono del programa de control prenatal en las gestantes captadas en la ESE Hospital Integrado San Juan de Cimitarra, Santander. Segundo semestre de 2008. (Disponible en: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/646/2/factores%20asociados.dr%20carlos%20cala%20liniana%20hernandez%20auditoria%20en%20calidad.pdf>. Consultado: 01 de diciembre de 2011)

26. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. (Disponible en: http://www.inb.unam.mx/bioetica/documentos/declaracion_helsinki.pdf Consultado: 10 de mayo de 2012).
27. República De Colombia, Ministerio De Salud. Resolución N° 008430 De 1993 (4 De Octubre De 1993). (Disponible en: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-affff4374bb7.pdf Consultado: 10 de mayo de 2012).
28. Vélez, L. Sarmiento, J. Ética médica. Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte. Corporación para investigaciones biológicas. Medellín, Colombia. 2003.
29. Martínez J, Delgado M. Determinantes asociados a la participación de mujeres primíparas en el programa de educación prenatal. Gac Sanit, 2012.
30. Castro M. Evaluación de la utilización adecuada del control prenatal en Bogotá con base en la encuesta nacional de salud 2007. [Tesis de grado para optar el título de Magíster en Salud Pública]. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2009.
31. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005 - Resultados Generales. (Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=82&Itemid=526. Consultado: 02 de agosto de 2013).
32. Ramírez -Zetina M, Richardson V, Caraveo E, Salomón R, Bacardí M, *et al.* La atención prenatal en la ciudad fronteriza de Tijuana, México. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, 2000; 7(2).
33. Rico R, Ramos M, Martínez P. Control prenatal vs resultado obstétrico perinatal. Rev electrónica de enfermería, 2012; 11 (3): 397-407.
34. Sánchez H, Ochoa H, García M, Martín M. bienestar social y servicios de salud en la región Fraylesca de Chiapas: el uso de servicios de atención prenatal. Salud Publica Mex; 1997; 39 (6).

35. Jiménez A, Peralta E, Hinojosa L, García P, Castillo Y, Miranda C. Beneficios y barreras percibidos por las adolescentes embarazadas en el control prenatal. *Ciencia UANL* / 2012; 15(57).
36. Belizán J, Villar J, Belizán M, Garrote N. Asistencia de embarazadas a la consulta prenatal en maternidades públicas de Rosario, Argentina. *Bol Of Sanit Pamm*, 1979; 86 (2).
37. Parra M. El control prenatal, capítulo 5. (Disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/1563/28/Cap_5.pdf. Consultado: 30 de julio de 2013).
38. Mendoza R, Umberto J. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2001; 17(4):819-832.
39. Tono T, Velázquez L, Castañeda L. El impacto de la reforma sobre la salud pública el caso de la salud sexual y reproductiva. *Centro de Gestión Hospitalaria*. Noviembre 2002.

ANEXOS

ANEXO 1.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

Encuesta N° _____

En el diligenciamiento de la siguiente encuesta se respetara la autonomía de los participantes y se mantendrá la confidencialidad de la información.

Objetivo: Determinar los factores asociados al uso del control prenatal en el Zodes Dique del departamento de Bolívar

a) Variable perfil sociodemográfico

1. Edad _____ años cumplidos Municipio: _____
2. Estrato social 1____ 2____ 3____ 4____ 5____
3. Escolaridad Primaria completa____ Primaria incompleta____
Secundaria completa____ Secundaria incompleta____ Técnico____
Universidad completa____ Universidad incompleta____
4. Estado civil Soltera____ Casada____ Unión libre____ Separada____
Viuda____
5. Ocupación Ama de casa____ Empleada____ Trabajo
independiente____
Estudiante____ Desempleada____
6. EPS _____
7. Religión _____

b) Variable características relacionadas con el embarazo

8. Presenta alguna patología Si____ No____
Cual _____
9. Formula gestacional: G____ P____ C____ A____
10. Edad gestacional en meses____ Numero de semanas____ FUM: _____

c) Variable factores asociados al uso del control prenatal

11. Número de personas con las que convive: ____ Tipo de familia _____

Integrantes de la familia	Edad	Parentesco

12. Siente que su familia la apoya Sí_____ No_____

13. Embarazo planeado_____ Embarazo no planeado_____

14. Asiste al control prenatal Sí_____ No_____

Número de consultas realizadas_____

Si su respuesta es no, responda la siguiente pregunta:

15. ¿Por qué no asistió al control prenatal?

Demasiado lejos_____

Muy costoso _____

Inseguridad _____

Mucho trámite en la EPS/ ARS _____

No confía en los médicos _____

Personal médico la maltrata _____

No existe intimidad o reserva de información _____

Demora en la asignación de citas _____

No sabía que tenía derecho _____

Esposo/compañero. No la dejó _____

Creía que no necesitaba porque había tenido hijos sin problema _____

Otros _____

16. Ingresos personales Menos de un salario mínimo _____

SMMV _____

Más de un salario mínimo _____

17. Ingresos familiares Menos de un salario mínimo _____

SMMV _____

Más de un salario mínimo _____

18. ¿Cuándo se inscribió al programa? Primer trimestre _____

Segundo trimestre _____

Tercer trimestre _____

19. Fecha última consulta _____

20. Donde le realizan el control prenatal: hospital/clínica: _____ centro puesto de salud

del gobierno: _____ centro EPS/ ARS: _____ consultorio particular: _____ Profamilia:

_____ otros: _____

21. En alguno de sus controles prenatales, ¿tuvo que pagar por el servicio?

Si, pago total ____ Si, pago parcial ____ No pago nada ____

22. ¿Quién asumió los costos del control prenatal?

Entidad de seguridad social a la que se encuentra afiliada ____

Secretaría de salud/alcaldía ____

Medicina prepagada ____

Plan complementario ____

23. Cuántos meses (semanas) de embarazo tenía usted, Cuando recibió su primer control prenatal:

Semanas: _____ meses: _____ no sabe: _____

24.Cuál es la razón por la cual usted asiste al control prenatal:

por recomendación : _____ para detectar alteraciones: _____ otros: _____

25. Está satisfecha con la atención que recibe Sí _____ No _____

¿Por qué? _____

APGAR FAMILIAR

Marque con una x la respuesta que creas más apropiada para cada frase	Casi siempre	A veces	Casi nunca
Yo estoy satisfecho con el apoyo que recibo de mi familia cuando <input type="checkbox"/> algo <input type="checkbox"/> me <input type="checkbox"/> molesta. Comentarios:			
Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo. Comentarios:			
Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia acepta y da apoyo a mis deseos de emprender nuevas actividades o direcciones. Comentarios:			
Yo estoy satisfecho con el modo en que mi familia expresa sus afectos y responde a mis emociones, tales como tristeza, rabia, <input type="checkbox"/> amor. Comentarios:			
Yo estoy satisfecho con la forma con que mi familia y yo compartimos el tiempo, el espacio y el dinero. Comentarios:			

PUNTAJE	Valor
Casi siempre	___ puntos
A veces	___ puntos
Casi Nunca	___ puntos

Fecha en que se realizó: _____ Puntaje: _____

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigador principal: Irma Yolanda Castillo Ávila

Investigadores Responsables:

Angélica María Ahumada Tejera

Laura Milena Fortich Acuña

María Alejandra Monroy Gascón

Yorledis Morales Pérez

Jessica Padilla Yáñez

TEMA: Factores Asociados Al Uso Del Control Prenatal En El Zodes Dique Del Departamento De Bolívar

Se me ha solicitado participar en una investigación que busca determinar los factores asociados al uso del control prenatal.

Al participar en esta investigación estoy de acuerdo que se me realicen preguntas y actividades relacionadas con dicha investigación.

Yo entiendo que:

1. Cualquier pregunta que yo quiera hacer con esta investigación deberá ser contestada por el investigador principal o cualquiera de los miembros del grupo investigador.
2. Tengo el derecho de retirarme de esta investigación en cualquier momento sin dar razones y sin que esto me perjudique.
3. Los resultados de esta investigación podrán ser publicados pero mi nombre o identidad no serán revelados y mis respuestas permanecerán en forma confidencial a menos que mi identidad se ha solicitada por la ley.
4. Participo libremente en esta investigación y por ello mi consentimiento esta dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.

Fecha: _____ Doc. De identidad: _____

Nombre del encuestado _____ Edad: _____

Testigo1 _____ Testigo 2 _____

ANEXO 3.

TABLAS DE RESULTADOS

Tabla 1. Distribución según características sociodemográficas de las mujeres participantes. Zodes Dique. Bolívar 2013.

VARIABLE	N	%
ESTRATO		
Uno	562	85.3
Dos	88	13.4
Tres	8	1.2
Cuatro	1	0.2
ESCOLARIDAD		
Ninguna	1	0.2
Primaria incompleta	29	4.4
Primaria completa	18	2.7
Secundaria incompleta	240	36.4
Secundaria completa	177	26.9
Técnico incompleto	24	3.6
Técnico completo	114	17.3
Universidad incompleta	33	5.0
Universidad completa	23	3.5
ESTADO CIVIL		
Unión libre	486	73.7
Soltera	92	14.0
Casada	68	10.3
Separada	11	1.7
Viuda	2	0.3
OCUPACION		
Ama de casa	489	74.2
Estudiante	83	12.6
Empleada	36	5.5

Desempleada	31	4.7
Trabajo independiente	20	3.0
REGIMEN AFILIACION		
Subsidiado	478	72.5
Contributivo	164	24.9
Vinculado	17	2.6
RELIGION		
Católica	471	71.5
Cristiana	90	13.7
Ninguna	86	13.1
Testigo de Jehová	7	1.1
Pentecostal	3	0.5
Adventista	2	0.3
TIPO FAMILIA		
Extensa modificada	291	44.2
Nuclear	158	24.0
Extensa	94	14.3
Pareja sin hijos	48	7.3
Nuclear modificada	38	5.8
Nuclear reconstituida	23	3.5
Atípica	7	1.1
FUNCIONALIDAD FAMILIAR		
Alta funcionalidad	542	82.2
Disfuncionalidad moderada	93	14.1
Disfuncionalidad severa	24	3.6
TAMAÑO DE LA FAMILIA		
Grande	333	50.5
Pequeña	326	49.5
APOYOFAMILIAR		

Si	640	97.1
No	19	2.9
TOTAL	659	100.0

Fuente: encuestas del estudio.

Tabla 2. Distribución según características relacionadas con el embarazo de las gestantes encuestadas. Zodes Dique. Bolívar 2013.

CARACTERISTICAS DEL CONTROL PRENATAL	MEDIANA
Gestación	2
Partos	1
Cesáreas	1
Abortos	0
Edad gestacional meses	5
Numero semanas	23
Número de consultas prenatales	3
Meses en el primer control prenatal	2
Semanas en el primer control prenatal	10

Tabla 3. Distribución según asistencia al control prenatal y uso adecuado del control prenatal. Zodes Dique. Bolívar 2013.

VARIABLE	N	%
ASISTE CONTROL PRENATAL		
Si	518	78.6
No	141	21.4
INSCRIPCION CONTROL PRENATAL		
Primer trimestre	417	80.5
Segundo trimestre	100	19.3
Tercer trimestre	1	0.2
CONTROL PRENATAL ADECUADO		

Si	351	53,3
No	308	46,7
NUMERO DE CONSULTAS		
1	94	18,3
2	92	17,9
3	99	19,3
4	77	15
5	60	11,7
6	42	8,2
7	30	5,8
8	7	1,4
9	9	1,8
10	2	0,4
11	2	0,4

Tabla 4. Distribución según razón de asistencia al control prenatal y planeación de embarazo. Zodes Dique. Bolívar 2013.

VARIABLE	N	%
RAZON DE ASISTENCIA		
Detectar alteraciones	425	82
Recomendación	74	14,3
Otra	19	3,7
RAZON DE NO ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL		
Mucho Tramite EPS	53	37,6
No sabía de embarazo	33	23,4
Demora asignación de citas	12	8,5
Pereza	9	6,4
No tiene EPS	7	5,0
Creía que no necesitaba	5	3,5
No ha tenido tiempo	5	3,5
No se ha inscrito	5	3,5
Demasiado lejos	3	2,1

Estaba mal de salud	2	1.4
No existe intimidad	2	1.4
No le había dicho a mi mama	2	1.4
Otra razón	2	1.4
No responde	1	0.7
EMBARAZO PLANEADO		
Si	226	34.3
No	433	65.7
TOTAL	659	100.0

Tabla 5. Distribución según satisfacción del servicio de control prenatal. Zodes Dique. Bolívar 2013.

VARIABLE	N	%
SATISFACCION DE LA ATENCION		
Si	486	93.8
No	32	6.2
RAZON DE NO SATISFACCION		
Mala atención	15	48,3
Falta de calidad en el servicio	11	35,5
Mal trato	3	9,7
Demasiado lejos	2	6,5
TOTAL	31	100,0

Tabla 6. Distribución según realización y costos del control prenatal. Zodes Dique. Bolívar 2013.

VARIABLE	N	%
DONDE REALIZA EL CONTROL PRENATAL		
Puesto de salud del gobierno	273	52.7
Hospital/clínica	145	28
EPS	93	18

Consultorio particular	6	1.2
Fundación	1	0.2
PAGA POR CONTROL PRENATAL		
No	495	95.6
Pago parcial	18	3.5
Si, pago total	5	1
TOTAL	518	100.0

Tabla 7. Distribución de los factores personales asociados al uso adecuado del control prenatal. Zodes Dique. Bolívar 2013.

EDAD	CONTROL ADECUADO				IC: 95%		
	SI	%	NO	%	OR	LIM INF	LIM SUP
Menor de 23 años	183	49.6	186	50.4	1.4	1.1	1.9
23 o más años	168	57.9	122	42.1			
CONTROL ADECUADO							
GESTACION	SI	%	NO	%	OR	LIM INF	LIM SUP
Con un solo embarazo	154	55.8	122	44.2	0.8	0.6	1.1
Más de un embarazo	197	51.4	186	48.6			
CONTROL ADECUADO							
PARTO	SI	%	NO	%	OR	LIM INF	LIM SUP
Ningún parto	237	54.6	197	45.4	0.8	0.6	1.1
Un Parto o mas	114	50.7	111	49.3			
CONTROL ADECUADO							
CESAREAS	SI	%	NO	%	OR	LIM INF	LIM SUP
Sin cesárea	286	54.4	240	45.6	0.8	0.5	1.1
Se le ha realizado cesárea	65	48.9	68	51.1			
CONTROL ADECUADO							
ABORTO	SI	%	NO	%	OR	LIM INF	LIM SUP

Sin aborto	272	53.2	239	46.8	0.9	0.6	1.4
Ha presentado aborto	79	53.4	69	46.6			

Tabla 8. Distribución de los factores socio-culturales asociados al uso adecuado del control prenatal. Zodes Dique. Bolívar 2013.

CONTROL ADECUADO							
ESTRATO	SI	%	NO	%	OR	LIM INF	LIM SUP
Ser de Estrato 1	291	51.8	271	48.2	1.5	0.9	2.3
Ser de estrato 2 y 3	60	61.9	37	38.1			
CONTROL ADECUADO							
ESCOLARIDAD	SI	%	NO	%	OR	LIM INF	LIM SUP
Estudios hasta secundaria	230	49.5	235	50.5	1.6	1.2	2.3
Estudios superiores a secundaria	121	62.4	73	37.6			

Tabla 9. Distribución de los factores familiares asociados al uso adecuado del control prenatal. Zodes Dique. Bolívar 2013.

CONTROL ADECUADO							
ESTADO CIVIL	SI	%	NO	%	OR	LIM INF	LIM SUP
Sin pareja	41	39.0	64	61.0	1.9	1.2	3.0
Con pareja	310	56.0	244	44.0			
CONTROL ADECUADO							
APOYO FAMILIAR	SI	%	NO	%	OR	LIM INF	LIM SUP
Sin apoyo familiar	5	26.3	14	73.7	3.2	1.1	9.2
Con apoyo familiar	346	54.1	294	45.9			
CONTROL ADECUADO							
EMBARAZO	SI	%	NO	%	OR	LIM INF	LIM SUP

Embarazo no planeado	202	46.7	231	53.3	2.2	1.5	3.0
Embarazo planeado	149	65.9	77	34.1			
CONTROL ADECUADO							
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	SI	%	NO	%	OR	LIM INF	LIM SUP
Funcionalidad	298	55	244	45	1.4	0.9	2.2
Disfuncionalidad	53	45.3	64	54.7			
CONTROL ADECUADO							
TAMAÑO DE LA FAMILIA	SI	%	NO	%	OR	LIM INF	LIM SUP
Grande	164	49.2	169	50.8	1.3	1.2	1.8
Pequeña	187	57.4	139	42.6			

Tabla 10. Distribución de los factores económicos asociados al uso adecuado del control prenatal. Zodes Dique. Bolívar 2013.

CONTROL ADECUADO							
OCUPACION	SI	%	NO	%	OR	LIM INF	LIM SUP
No empleadas	311	51.6	292	48.4	2.3	1.2	4.2
Empleadas	40	71.4	16	28.6			

Tabla 11. Distribución de los factores de los servicio de la salud asociados al uso adecuado del control prenatal. Zodes Dique. Bolívar 2013.

CONTROL ADECUADO							
AFILIACION	SI	%	NO	%	OR	LIM INF	LIM SUP
Sin afiliación	4	23.5	13	76.5	3.8	1.2	11.8
Con afiliación	347	54.0	295	46.0			

Tabla 12. Relación entre el uso adecuado del control prenatal y algunos factores estudiados en las gestantes encuestadas. Zodes Dique. Bolívar 2013.

VARIABLES	OR IC: 95%		
	OR	LIM INF	LIM SUP
Mayor de 23 años	1.4	1.1	1.9
Tener estudios superiores a secundaria	1.6	1.2	2.3
Contar con pareja	1.9	1.2	3.0
Tener apoyo familiar	3.2	1.1	9.2
Tener un embarazo planeado	2.2	1.5	3.0
Empleadas	2.3	1.2	4.2
Con afiliación	3.8	1.2	11.8
Pequeña	1.3	1.2	1.8

Tabla 13. Distribución de los factores explicativos asociados al uso adecuado del control prenatal. Zodes Dique. Bolívar 2013.

VARIABLES	OR IC: 95%		
	OR	LIM INF	LIM SUP
Contar con pareja	1,8	1,1	2,8
Planeación de embarazo	1,7	1,2	2,4
Tener afiliación en salud	3,5	1,1	11,3