

**CAUSAS DE INGRESO TARDÍO EN GESTANTES DE LA
E.S.E. HOSPITAL REMEDIOS-ANTIOQUIA.**

2014



JOSÉ ANTONIO MARÍN PALACIOS

GERMÁN ANDRÉS LOSADA

JUAN FERNANDO RIVERA USUGA

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS, ECONÓMICAS
Y CONTABLES
MEDELLIN

2014

**CAUSAS DE INGRESO TARDÍO EN GESTANTES DE LA
E.S.E. HOSPITAL REMEDIOS-ANTIOQUIA.**

2014



JOSÉ ANTONIO MARÍN PALACIOS

GERMÁN ANDRÉS LOSADA

JUAN FERNANDO RIVERA USUGA

**Proyecto de grado para optar el título de
Especialistas en Gerencia en Servicios de Salud**

Asesora

ALBA EMILSE GAVIRIA MÉNDEZ

Médica, Bioenergética, Mg. en Salud Pública

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS, ECONOMICAS Y CONTABLES**

MEDELLIN

2014

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del jurado.

Firma del jurado.

Firma del jurado.

Medellín, diciembre de 2014

INDICE

	pág.
<i>RESUMEN</i>	11
<i>ABSTRACT</i>	13
<i>INTRODUCCIÓN</i>	14
<i>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</i>	19
<i>1.1 ANTECEDENTES</i>	19
<i>1.1.1 ANTECEDENTE DEL INGRESO TARDÍO EN GESTANTES EL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL.</i>	19
<i>1.1.2 A nivel mundial</i>	19
<i>1.1.3 En Latinoamérica</i>	19
<i>1.1.4 En Colombia</i>	20
<i>1.1.5 Antecedentes Investigativos.</i>	21
<i>1.1.5.2 Suramérica</i>	22
<i>2. EL PROBLEMA</i>	23
<i>3. PREGUNTA DE INVESTIGACION</i>	27
<i>4. JUSTIFICACION</i>	28
<i>5. OBJETIVO</i>	30
<i>5.1 General</i>	30
<i>5.2 Objetivos específicos</i>	30
<i>6. MARCO TEÓRICO</i>	31

	5
<i>6.1 Marco Conceptual</i>	31
<i>6.1.1 Control prenatal.</i>	31
<i>6.1.2 Componentes del control prenatal.</i>	33
<i>6.1.3 Ingreso tardío al control prenatal</i>	33
<i>6.1.4 Causa de ingreso tardío</i>	35
<i>6.1.5 Enfermedades trazadoras más prevalentes de mortalidad materna y perinatal</i>	36
<i>6.1.5.1 Preeclampsia- Eclampsia</i>	36
<i>6.1.5.2 Parto prematuro al nacer</i>	37
<i>6.1.5.3 Diabetes gestacional</i>	37
<i>6.1.5.4 Modelo de atención prenatal de bajo riesgo</i>	38
<i>6.1 Marco Contextual</i>	39
<i>6.3 Marco Normativo o Legal</i>	41
<i>6.4 Marco Ético</i>	44
7. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	45
<i>7.1 Enfoque Metodológico de la Investigación</i>	45
<i>7.2 Tipo de estudio</i>	45
<i>7.3 Población objeto</i>	45
<i>7.4 Unidad de Análisis</i>	46
<i>7.5 Criterios de Inclusión y de Exclusión</i>	46
<i>7.6 Fuente de Información</i>	46
<i>7.7 Instrumentos de Recolección de la Información</i>	47
8. VARIABLES	48
9. PLAN DE ANÁLISIS	50

10. RESULTADOS

51

10.1 Proporción de mujeres gestantes por edad. **¡Error! Marcador no definido.**

10.1 Proporción de mujeres gestantes por estado civil **¡Error! Marcador no definido.**

10.3 Proporción de mujeres gestantes por lugar de residencia **¡Error! Marcador no definido.**

10.4 Proporción de mujeres gestantes por nivel educativo **¡Error! Marcador no definido.**

10.5 Proporción de mujeres gestantes por nivel socioeconómico **¡Error! Marcador no definido.**

10.6 Proporción de mujeres gestantes por nivel del SISBEN **¡Error! Marcador no definido.**

10.7 Proporción de mujeres gestantes por nivel de vinculación al SISBEN **¡Error! Marcador no definido.**

10.8 Proporción de mujeres gestantes por Régimen de Salud **¡Error! Marcador no definido.**

10.9 Proporción de mujeres gestantes por semanas de gestación primer trimestre **¡Error! Marcador no definido.**

10.10 Proporción de mujeres gestantes por semanas de gestación segundo trimestre **¡Error! Marcador no definido.**

10.11 Proporción de mujeres gestantes por semanas de gestación primer trimestre **¡Error! Marcador no definido.**

10.12 Proporción de mujeres gestantes por causas de ingreso tardío **¡Error! Marcador no definido.**

10.13 *Proporción de mujeres gestantes por complicaciones durante el embarazo* **¡Error!**

Marcador no definido.

10.14 *Proporción de mujeres gestantes por tipos de complicaciones* **¡Error! Marcador**

no definido.

11. *DISCUSIÓN* 76

12. *CONCLUSIÓN* 78

13. *RECOMENDACIONES* 80

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 82

ANEXOS 85

anexo a. cuestionario ingreso tardío al programa de control prenatal de la e.s.e. hospital san vicente de paúl del municipio de remedios-antioquia 85

INDI CE DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Variables	48
Tabla 2. Distribución porcentual según la edad de las maternas con ingreso tardío al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014	51
Tabla 3. Distribución porcentual en gestantes por estado civil con ingreso tardío al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014	53
Tabla 4. Distribución porcentual en gestantes por lugar de residencia, con ingreso tardío al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014	55
Tabla 5. Distribución porcentual en gestantes por nivel educativo, con ingreso tardío al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014	56
Tabla 6. Distribución porcentual en gestantes por nivel socio-económico, con ingreso tardío al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014	58
Tabla 7. Distribución porcentual en gestantes por nivel del SISBEN, con ingreso tardío al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014	60
Tabla 8. Distribución porcentual en gestantes vinculadas al Sistema de Seguridad Social en Salud Subsidiado –SISBEN- con ingreso tardío al Programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014	62

Tabla 9. Distribución porcentual en gestantes según el Régimen de Salud, con ingreso tardío al programa de control prenatal en Remedios- Antioquia, primer semestre de 2014	64
Tabla 10. Distribución porcentual en maternas por semanas gestacionales y grupo trimestral primer trimestre, con ingreso tardío al programa de control prenatal en Remedios- Antioquia, primer semestre de 2014	65
Tabla 11. Distribución porcentual en maternas por semanas gestacionales y grupo trimestral segundo trimestre, con ingreso tardío al programa de control prenatal en Remedios- Antioquia, primer semestre de 2014	67
Tabla 12. Distribución porcentual en maternas por semanas gestacionales y grupo trimestral tercer trimestre, con ingreso tardío al programa de control prenatal en Remedios- Antioquia, primer semestre de 2014	69
Tabla 13. Distribución porcentual de gestantes, por causas de ingreso tardío al programa de control prenatal en Remedios- Antioquia, primer semestre de 2014	71
Tabla 13. Distribución porcentual de gestantes, por complicaciones del embarazo al programa de control prenatal en Remedios- Antioquia, primer semestre de 2014	73
Tabla 14. Distribución porcentual de gestantes, por tipos de complicaciones en el embarazo al programa de control prenatal en Remedios- Antioquia, primer semestre de 2014	74

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	pág.
Gráfico 1. Distribución porcentual según la edad de las maternas con ingreso tardío al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014	52
Gráfico 2. Distribución porcentual en gestantes por estado civil, con ingreso tardío al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014	54
Gráfico 3. Distribución porcentual en gestantes por lugar de residencia, con ingreso tardío al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014	55
Gráfico 4. Distribución porcentual en gestantes por nivel educativo, con ingreso tardío al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014	57
Gráfico 5. Distribución porcentual en gestantes por nivel socioeconómico, con ingreso tardío al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014	59
Gráfico 6. Distribución porcentual en gestantes por nivel del SISBEN, con ingreso tardío al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014	61
Gráfico 7. Distribución porcentual en gestantes vinculadas al Sistema de Seguridad Social en Salud Régimen Subsidiado –SISBEN-, con ingreso tardío al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014	63

Gráfico 8. Distribución porcentual en gestantes según el régimen de salud con ingreso tardío al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014	64
Gráfico 9. Distribución porcentual de maternas por semanas gestacionales y grupo trimestral primer trimestre, con ingreso tardío al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014	66
Gráfico 10. Distribución porcentual de maternas por semanas gestacionales y grupo trimestral segundo trimestre, con ingreso tardío al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014	68
Gráfico 11. Distribución porcentual de maternas por semanas gestacionales y grupo trimestral tercer trimestre, con ingreso tardío al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014	70
Gráfico 12. Distribución porcentual de gestantes por causas de ingreso tardío al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014	72
Gráfico 13. Distribución porcentual de gestantes por complicaciones del embarazo al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014	73
Gráfico 14. Distribución porcentual de gestantes por tipos de complicaciones en el embarazo al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014	75

RESUMEN

La razón de ser del presente estudio, fue el de conocer las causas por las cuales las gestantes están ingresando tardíamente al programa de control prenatal en la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl en el Municipio de Remedios-Antioquia, en el primer período de 2014, teniendo como punto de corte las 12 semanas, período después del cual se considera ingreso tardío al control.

Dentro de la metodología en este estudio se incluyeron 175 historias clínicas de las gestantes, inscritas al programa de control prenatal, de la E.S.E.; entre los resultados más relevantes encontrados en este estudio se encuentran:

En primer lugar, los factores que inciden en el ingreso tardío al programa de control prenatal, obedecen a la falta de conciencia y conocimiento sobre la importancia que tiene el ingresar tempranamente al programa de control prenatal.

Dentro de las causas de ingreso tardío ser madre soltera, con embarazo no deseado y adolescente menor de edad constituye durante la investigación como las tres primeras causas de ingreso tardío al control prenatal.

Como conclusiones se encontró: Más de la mitad de las gestantes que ingresaron al control prenatal corresponde a la edad entre los 14 y 20 años; la principal causa de ingreso tardío son las gestantes solteras, seguida de embarazo no deseado, adolescente menor de edad, nivel educativo y acceso geográfico; estas cinco causas de ingreso tardío corresponden a más de la tercera parte de las gestantes.

Palabras Claves.

Factores de riesgo, ingreso tardío, control prenatal, complicación del embarazo.

ABSTRACT

The rationale of our study was to understand the reasons why pregnant women are entering the program late prenatal care at the E.S.E., Hospital san Vicente de Paúl in the town of REMEDIOS-ANTIOQUIA, in the first period of 2014, the overall objective of this research was to determine the causes of late entry of pregnant women, as well as our research question. 175 medical records of pregnant women enrolled in prenatal care program, the E.S.E. It was evident. Among the most important findings of this study are: the average age of the pregnant women in this period is 35%, where the common law prevails with 35%, the place of origin of the pregnant women was 57% urban the predominant primary education as 41% in the income level one dominates, with 49% in the level of SISBEN found 61% of pregnant women are at level one, like 66% are linked to SISBEN, as a week of admission was evident that 66% were admitted in the first quarter , among the causes of late entry single mother dominates with 22%, 56% of pregnant women had complications between bleeding complications in 26% .as finding the most relevant features of this research are due to the late entry causes are age, and single mother.

Key words

Prenatal care, high-risk pregnancy, late admission, high-risk pregnancy

INTRODUCCIÓN

Mediante el control prenatal se puede vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo; de esta forma, se podrá controlar el mayor momento de morbimortalidad en la vida del ser humano, como lo es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer embarazada.

El control prenatal se define como todas las acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden coordinar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

La mortalidad materna a nivel local, nacional e internacional, constituye un problema de salud pública y es un indicador de desarrollo humano para todos los países, uno de los que muestra las mayores disparidades entre países subdesarrollados y desarrollados. El seguimiento y monitoreo de este indicador permite identificar diferencias de oportunidades al acceso de centros asistenciales de salud y por consiguiente en las oportunidades para mejorar las condiciones de salud y vida de la gestante.

El control prenatal presenta una estrategia básica que permite identificar los factores de riesgo y alteraciones fisiológicas en toda paciente gestante.

Mediante el control prenatal es posible vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo; de esta forma, se podrá controlar el mayor momento de morbimortalidad en la vida del ser humano, como lo es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer embarazada.

Es ello, lo que motivó a realizar esta investigación con el propósito de determinar el conocimiento de las embarazadas sobre el ingreso a control prenatal con la meta fundamental de prever un adecuado cuidado perinatal mejorar y mantener la salud de las madres.

Por otra parte se espera que esta investigación constituya un precedente para que se continúen realizando estudios acerca del conocimiento de las embarazadas sobre el control prenatal.

Esta investigación de tipo descriptivo y de corte transversal, sobre el ingreso tardío de las gestantes al programa de control prenatal de la E.S.E del Hospital San Vicente de Paúl del Municipio de Remedios-Antioquia; se hace con el objetivo de analizar las causas y el impacto generado por ingresar después de la semana 14 al programa de la E.S.E.

El estudio obedece a la necesidad de identificar que está llevando a las mujeres embarazadas a ingresar tardíamente al programa de control prenatal y las consecuencias generadas como resultado de ello.

Los resultados esperados de esta investigación fueron: de forma y de fondo.

De forma la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl no cuenta con herramientas suficientes en cuanto a la parte asistencial para la evaluación y control de las gestantes en el programa de control prenatal.

De fondo se viene presentando este ingreso tardío al programa de control prenatal por factores múltiples como lo son: nivel socio-económico, nivel educativo, nivel locativo y factores culturales, entre otros.

Como discusión a la que se llegó como resultado de esta investigación se encuentra:

En primer lugar, los factores que inciden en el ingreso tardío al programa de control prenatal, obedecen a la falta de conciencia y conocimiento sobre la importancia que tiene el ingresar tempranamente al programa de control prenatal, en el primer trimestre antes de la semana 12, período crítico de la embriogénesis.

Dentro de las causas de ingreso tardío ser madre soltera, con embarazo no deseado y adolescente menor de edad, constituye durante la investigación como las tres primeras causas de ingreso tardío al control prenatal, difieren de estudios realizados y consignados en el marco teórico en el cual la zona geográfica y la cultura de parto por partera son las causas más frecuentes.

Durante la investigación se presentaron dificultades para obtener la información de las complicaciones de las maternas, el tipo de clasificación se le da según el riesgo de su embarazo, las situaciones trazadoras de riesgo más prevalentes, pues en la historia clínica no se realiza un registro completo de las atenciones.

La discusión permitió comparar nuestra investigación con estudios anteriores y entender como es la dinámica social de las gestantes en el municipio de Remedios y permite encontrar puntos en común que puedan solucionar esta problemática.

Las conclusiones a que se llegaron fueron las siguientes:

Más de la mitad de las gestantes que ingresaron al control prenatal corresponde a la edad entre los 14 y 20 años, con proyecto de vida a mitad de camino pues cerca de la mitad de estas gestantes solo terminaron primaria.

Dos terceras partes de las gestantes corresponden a los estratos 1 y 2 cuyos ingresos familiares son escasos, dejando a la gestante en alto riesgo.

Un poco menos de la tercera parte de las gestantes no cuentan con carnet de afiliación pues están en los vinculados o pobres no asegurados dificultando la atención de las complicaciones del embarazo sobre todo al remitir estas a un nivel superior de atención.

La principal causa de ingreso tardío son las gestantes solteras, seguida de embarazo no deseado, adolescente menor de edad, nivel educativo y acceso geográfico; estas cinco causas de ingreso tardío corresponden a más de la tercera parte de las gestantes.

Más de la mitad de las gestantes reportó complicaciones del embarazo, entre éstas las tres principales complicaciones son: hemorragias, parto prematuro-bajo peso al nacer, seguida de Diabetes Gestacional; complicaciones prevenibles y manejables una vez se identifican y tratan oportunamente.

El diseño del proyecto investigativo, para optar el título de Especialista en Gerencia en Servicios de Salud, se trabajaron los siguientes capítulos. En el primer capítulo se encuentra: el Planteamiento del Problema, y los Antecedentes en el Mundo, en Latinoamérica, en Colombia y en Antioquia. En el segundo capítulo se encuentra: la Justificación. En el tercer capítulo se encuentra: pregunta de investigación. En el cuarto capítulo: se encuentra los objetivos general y específicos. En el quinto capítulo se encuentra: el Marco Teórico que consta de Marco Conceptual, Marco Contextual, Marco Jurídico y Marco Ético. En el sexto capítulo se encuentra: Diseño Metodológico de la Investigación, el cual consta del enfoque metodológico de la investigación, tipo de estudio, población objeto, fuentes de información, instrumentos para la recolección de la información y variables, en el séptimo capítulo se encuentran los Resultados.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes

1.1.1 Antecedente del ingreso tardío en gestantes al programa de control prenatal.

1.1.2 A nivel mundial. A nivel mundial se calcula que el 76% del total de defunciones a lo largo del último año (2013), fue consecuencia del diagnóstico tardío de embarazo y la falta de atención ante señales de riesgo. Esto, sumado al hecho de que alrededor del 60% de los embarazos no son deseados, incrementando el riesgo de muerte de mujeres en estado gestante y lactante, al igual que factores asociados como la pobreza, prestación de servicios de salud deficientes, falta de coberturas de centros médicos en zonas rurales, entre otras(OMS,2013).

1.1.3 En Latinoamérica. De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, se calcula que el 95% por muertes maternas en América Latina son inevitables, siendo posible reducir esta tasa a menos de diez muertes por cada 100.000 nacidos vivos con un adecuado y oportuno programa de control prenatal y atención del parto (OMS y OPS , 2005).

En el caso del Perú, el Ministerio de Salud del Perú tiene como prioridad disminuir los altos índices de mortalidad materna y perinatal para lo cual se propuso diversas estrategias de

intervención contenidas en el Plan Nacional para la Reducción de Mortalidad Materna. Estas estrategias han estado orientadas a mejorar las coberturas de los servicios de salud, promoviendo el control prenatal y el parto institucional, el cual tiene como objetivo garantizar un parto seguro que no ponga en riesgo la vida del binomio madre e hijo. Sin embargo, persisten los reportes discordantes entre las coberturas de la atención al control prenatal (77,2%) y la atención del parto institucional (49,5%). Según la OPS en su informe anual sobre el ingreso a control prenatal del año 2012, existen factores de riesgos personales y factores de la atención prenatal que están relacionados con la elección y preferencia domiciliaria del lugar del parto, prevención de la anemia en gestantes y neonatos (OMS, 2012) (OPS, 2012).

1.1.4 En Colombia. El ingreso tardío al programa de control prenatal es un problema de gran magnitud, por lo que se genera una política de salud pública institucional como está legislado por el Congreso de la República y el Ministerio de Salud y Protección Social.

De acuerdo con el plan de acción aprobado por la asamblea general de la ONU de 2002 sobre niñez y adolescencia, suscrito por Colombia, que buscan reducir la mortalidad materna en un 50% en este período y 75% para el 2015, así como también aumentar la cobertura y calidad del parto institucional en un 95%, y fortalecer la vigilancia y prevención de mortalidad y perinatal en el país. La tasa de mortalidad materna para el 2000 fue de 104.9 por 100.000 nacidos vivos, cifra que no ha variado de manera importante en la última década, así como su estructura de causa y grupos de edad que afecta, programa de fomento y protección del niño y las gestantes.

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, se calcula que el 95% de estas muertes son inevitables, siendo posible reducir esta tasa a menos de 10 muertes por cada 100.000 nacidos vivos con un adecuado y oportuno programa de control prenatal y atención del parto (Social, 2007). (Ministerio de la Protección Social, 2007)

1.1.5 Antecedentes Investigativos.

1.1.5.1 En Antioquia. Entre los estudios académicos y asistenciales sobre el ingreso tardío al programa de control prenatal hechos por las universidades de Antioquia y Centros de Investigación y Desarrollo se encuentra el de la Universidad CES, estudio realizado por Juan Carlos Posada- Sandra Milena Rincón , en el año 2002, en el cual se halló que: no se cuenta con un profesional de enfermería para realizar los controles prenatales de bajo riesgo, no todos los médicos realizan la misma educación en cuanto a signos de alarma auto examen de mama, no se brinda la suficiente educación a las gestantes acerca de signos de alarma y cuidados durante el embarazo acordes a su edad gestacional, en las historias clínicas de las maternas no se encuentran los exámenes ordenados y sus resultados, así como tampoco las ecografías, no se realiza un control dentro de la historia clínica de cada materna para verificar que tenga los exámenes para cada trimestre, prueba de VIH, consulta odontológica y vacunación, entre otros.

1.1.5.2 Suramérica: Elección y preferencia del parto domiciliario en Cayao Perú. El objetivo de esta investigación fue identificar los factores personales y de la atención prenatal, relacionados con la elección y preferencia domiciliaria del lugar del parto. El estudio incluyó 52 casos: mujeres en edad fértil (MEF) cuyo último parto fue domiciliario; y 208 controles: MEF, con parto institucional residentes en la misma área geográfica. El análisis fue bivariado y multivariado.

Los resultados de dicha investigación fueron los siguientes: la edad promedio de los casos fue de 28 años y de los controles fueron de 26 años. El análisis bivariado demostró la asociación significativa de diversos factores pero al aplicar en análisis multivariado estos no fueron confirmados. Finalmente, los factores de riesgo son: el domicilio como lugar previsto de parto y el proveedor de la atención prenatal. El domicilio como lugar previsto de parto y el proveedor de la atención prenatal son los factores que están altamente asociados con el parto domiciliario. Un problema importante de salud pública en el mundo es el alto índice de mortalidad materna, por tal razón, el Ministerio de Salud de Perú tiene como prioridad disminuir los altos índices de mortalidad materna y perinatal. Estas estrategias han estado orientadas a mejorar la cobertura de los servicios en salud, promoviendo el control prenatal y el parto institucional, el cual tiene como objetivo garantizar un parto seguro que no ponga en riesgo la vida de la gestante; sin embargo persisten los reportes discordante entre las coberturas de la atención del control prenatal (77.2%) y la atención del parto institucional (49.5%). existen factores de riesgo personales y factores de la atención prenatal que están relacionados con la elección y preferencia domiciliaria del lugar de parto (OMS- OPS, 2010).

2. EL PROBLEMA

Con la formulación y promulgación de la ley 100 de 1993 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL, la cobertura y calidad en los servicios de salud, es para que no hubiese o se presentara una disminución en la mujer con problemas de gestación y parto, pero la situación socio-económica actual del Municipio de Remedios y el ingreso tardío de las gestantes al programa de control prenatal es un problema de salud pública que afecta al binomio madre e hijo, degradando la calidad de vida. Debido a este problema el gobierno se ha amparado en las políticas de salud públicas emanadas por la OMS y OPS como lo es la atención primaria en salud para la atención, evaluación y monitoreo de las gestantes (ingreso temprano al programa de control prenatal).

La Empresa Social del Estado “E.S.E.” Hospital San Vicente de Paúl del Municipio de Remedios-Antioquia es una institución que presta servicios de salud de baja complejidad nivel uno a los del régimen subsidiado y contributivo. Durante el período 2012- 2013, se ha venido presentando un ingreso tardío de las gestantes al programa de control prenatal, lo que está afectando la salud del binomio madre e hijo al no detectar posibles alteraciones durante la gestación y parto, descuidando el monitoreo que hace el personal médico a las gestantes en cuanto a uno de los objetivos del programa de control prenatal como lo es la protección específica y detención temprana no estructurada; este estudio obedeció a la necesidad de

identificar qué está llevando a las mujeres embarazadas a ingresar tardíamente al programa de control prenatal y las consecuencias generadas como resultado de ello.

Tan bien, se presentan subregistros en las historias clínicas, falta de información y comunicación por el personal médico asistencial del Municipio y la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl: que informe y oriente sobre las bondades de ingresar al programa.

Entre los factores que generan este ingreso tardío esta: el nivel educativo, la edad, nivel socio-económico y cultural, creencias religiosas, políticos, madre solterísimo, cobertura de afiliación al sistema de salud, y factores geográficos. En el Municipio de Remedios-Antioquia el 80% de la población vive en zonas rurales de difícil acceso por las vías terciarias, bajo nivel de escolaridad, bajo nivel económico, el 70% de las mujeres cuentan con el bachillerato inconcluso y el 50% con 9° grado inconcluso, por lo que se dedican a los oficios domésticos del hogar y a trabajar ya que en su mayoría son madres cabezas de hogar, el 70% de las mujeres por ser madres cabezas de familia les toca responder por el sustento alimentario de su familia laborando en empleos informales, en las minas de oro y en la agricultura.

Hay preferencia de las gestantes por las parteras, por lo que prefieren tener sus hijos en casa debido a la comodidad; el sistema de transporte rural y urbano presta sus servicios a medias por no decir precariamente; por ser familias que viven en zonas rurales se presentan largas distancias de acceso a la zona urbana y por ende al Hospital, por lo que el sistema de transporte no cubre esas zonas rurales, falta de apoyo por las empresas prestadoras de salud del Régimen Contributivo y Subsidiado: para inducir a la demanda de servicios de protección

específica y detención temprana de acuerdo a la modalidad de la contratación, la edad, el 60% de las gestantes son adolescentes, los centros de salud no disponen constantemente de una enfermera y un médico para su respectivo control y evaluación, el 20% de las mujeres y en particular las gestantes no se encuentran afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud (Régimen Subsidiado) que les garantice la calidad y cobertura en salud.

Este ingreso tardío al programa de control prenatal trae como consecuencias mayor incidencia de remisiones a niveles superiores de complejidad, complicaciones del embarazo y parto, incremento en los costos de los servicios de salud, implicaciones a nivel familiar y social.

- Acceso geográfico: el 80% de la población vive en zonas rurales de difícil acceso por las vías terciarias.
- Bajo nivel de escolaridad: el 70% de las mujeres cuentan con el bachillerato inconcluso y el 50% con 9° grado inconcluso, por lo que se dedican a los oficios domésticos del hogar y trabajan ya que son madres cabezas de hogar.
- Bajo nivel económico: el 70% de las mujeres por ser cabezas de familia les toca responder por llevar el sustento alimentario a su familia laborando en empleos informales, en las minas y en la agricultura.
- Hay preferencia por las parteras, muchas de las gestantes prefieren tener sus hijos en casa por comodidad, transporte, lejanía al Hospital.

- Falta de apoyo por las empresas prestadoras de salud del Régimen Contributivo y Subsidiado: para inducir a la demanda de servicios de protección específica y detención temprana de acuerdo a la modalidad de la contratación.

- Edad: el 60% de las gestantes son adolescentes.

- Los centros de salud no disponen constantemente de una enfermera y un médico para su respectivo control y evaluación,

El 20% de las mujeres y en particular las gestantes no se encuentran afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud (Régimen Subsidiado) que les garantice la calidad y cobertura en salud (Hernández & Navarro, 2008).

Este estudio obedeció a la necesidad de identificar que está llevando a las mujeres embarazadas a ingresar tardíamente al programa de control prenatal y las consecuencias generadas como resultado de ello es de gran impacto a la salud pública no solo del municipio en cuestión sino también se extrapola al departamento de Antioquia y población permite generar políticas de impacto a la salud de esta población.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son las causas del ingreso tardío de las gestantes al programa de control prenatal en la E.S.E. Hospital San vidente de Paúl del Municipio de REMEDIOS-ANTIOQUIA primer semestre del año 2014?.

4. JUSTIFICACION

La salud perinatal guarda una relación íntima con muchos factores sociales, culturales, genéticos, económicos y ambientales, pero quizás sea la salud integral de la madre aun desde la etapa preconcepcional y la utilización oportuna y adecuada de servicios médicos prenatales de alta calidad, los factores más susceptibles a modificar y de mayor incidencia en las tasas de mortalidad materna, por tal razón los indicadores específicos para evaluar el programa orientado a su reducción apuntan hacia el mejoramiento del programa de control prenatal y su proceso educativo prenatal, particularmente a reconocer a tiempo los signos y síntomas de alarma u otros signos y síntomas como lo son: la consejería en planificación familiar, la educación en lactancia materna, cuidado del posparto del recién nacido, la prevención de cáncer de cerviz y de seno, el cuidado del carnet y de los exámenes de laboratorios y ecografías realizadas durante el control prenatal.

Aunque la cobertura de control prenatal en Colombia ha aumentado en los últimos años, es frecuente hoy en día, la captación tardía en el último trimestres del embarazo, incompleto de las historias clínicas y la no aplicación de un proceso completo de educación prenatal que se han convertido en una desafortunada costumbres en las instituciones de salud y en la práctica médica moderna.

Este estudio académico investigativo como lo es el ingreso tardío al programa de control prenatal en la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl del municipio de REMEDIOS-ANTIOQUIA,

es de mucha importancia para el ministerio de salud y protección social ya que permitirá reorientar su política pública dentro del marco de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Para la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl y al Municipio de Remedios-Antioquia es de vital importancia porque permitirá implementar estrategias que contribuyan a un mejoramiento integral del programa con conocimiento, acercamiento y controles a adecuados a las gestantes del programa con sentido humano.

Para la Universidad Luis Amigó es de gran importancia ya que esta investigación servirá como mecanismo de evaluación al Hospital en cuanto al programa de control prenatal porque aportará conocimientos técnicos y estratégicos para la implementación de estrategias que incentiven a las gestantes a ingresar tempranamente al programa.

Para los como estudiantes de la Especialización en Gerencia en Servicios de Salud, esta investigación es de gran importancia porque les permite conocer cómo debiera de funcionar el programa y como está funcionando en la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl, al igual que les servirá para optar el título de Gerentes en Servicios de Salud.

5. OBJETIVO

5.1 General

Determinar las causas del ingreso tardío de las gestantes al programa de control prenatal en la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl del Municipio de Remedios-Antioquia en el primer semestre de 2014.

5.2 Objetivos específicos

- Determinar las variables sociodemográficas de las gestantes del programa, tales como edad y su lugar de residencia, estado civil, nivel educativo, régimen de salud, nivel socio económico, complicaciones del embarazo, complicaciones y nivel del SISBEN.
- Identificar las causas del ingreso tardío a control prenatal de las gestante
- Realizar recomendaciones a la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl.

6. MARCO TEÓRICO

6.1 Marco Conceptual

Como referente de este proyecto investigativo se encuentra el Marco Conceptual, el cual se encuentran conceptos tales como:

6.1.1 Control prenatal. Se entiende por control prenatal la serie de contactos y entrevistas programadas de la gestante con integrantes de equipo en salud, la atención prenatal es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto y la familia y se apoya en la organización de los servicios en salud.

Este conjunto de acciones y actividades que se realizan en las mujeres embarazadas es con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido desde el punto de vista físico, mental y emocional.

El control prenatal se define como todas las acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden coordinar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

El control prenatal presenta una estrategia básica que permite identificar los factores de riesgo y alteraciones fisiológicas en toda paciente gestante.

El control prenatal tiene como objetivo una oportuna identificación y un manejo adecuado de los factores de riesgo obstétricos, la realización de pruebas de laboratorio básicas y el seguimiento de parámetros básicos como lo son la altura uterina, el peso materno y la presión arterial diastólica, la cual ayuda a un diagnóstico temprano de patologías clínicamente evidentes y a un manejo oportuno de factores de riesgo, que benefician la salud materna perinatal conjuntamente con el suministro de micro nutrientes (hierro, ácido fólico y calcio) especialmente en pacientes con estados carenciales o clasificados como de *alto riesgo obstétrico*.

Entre los objetivos del control prenatal están los siguientes:

- Identificación de factores de riesgo.
- Diagnóstico de la edad gestacional.
- Identificación de la condición y el crecimiento fetal.
- Identificación de la condición materna.
- Educación materna y su núcleo familiar en actividades de promoción y prevención.

6.1.2 Componentes del control prenatal.

- El análisis temprano y continuo del riesgo.
- La promoción de la salud, detección temprana y protección específica.
- Las intervenciones médicas y psicosociales.

Con base en estos componentes se define una serie de objetivos generales que, a su vez, caracterizan a un buen control prenatal. (Gutiérrez, 2000)

6.1.3 Ingreso tardío al control prenatal. El ingreso tardío a control prenatal, es la ausencia del conjunto de actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento planificadas con el fin de lograr una adecuada gestación, que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones sin secuelas físicas o psíquicas para la madre, el recién nacido y su familia. Es en parte un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, del feto, del recién nacido y de la familia, apoyados en la organización de los servicios de salud, se hace necesaria la identificación de los factores que inciden en la inasistencia total o parcial al control prenatal para poder proponer acciones tendientes a mejorar la salud materna y perinatal.

La identificación de los factores de riesgo desde los inicios de la gestación puede llevar a diagnósticos tempranos y tratamientos oportunos, en ocasiones especializados. En la medida en que la atención prenatal se realice más tempranamente se podrá ampliar la capacidad para prevenir, corregir, compensar y tratar las complicaciones.

El beneficio potencial de la detención de estados iniciales de complicaciones durante la gestación, se minimiza por la asistencia tardía de la gestante al control prenatal y por la baja calidad en la atención, con deficiencia en tecnología y sistemas de remisión y de información.

En cada control prenatal se debe evaluar el riesgo empleado, tiempo para dar educación a la madre, prepararla física y psicológicamente sobre su estado y los cuidados que éste implica; creando mayor acercamiento y confianza hacia los servicios de salud facilitando una mejor disposición de la madre para su auto cuidado y la detención oportuna de problemas que le puedan complicar su gestación y para buscar ayuda prontamente a las instancias pertinentes.

El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, manejando el enfoque de riesgo, tiene un enorme potencial de contribución a la salud de la materna y perinatal siendo un claro ejemplo de la medicina preventiva promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Como ingreso tardío en esta investigación se seleccionarán aquellas gestantes que ingresan al control luego de finalizar la semana 12, ya que este período es crítico para la formación de las estructuras fetales.

6.1.4 Causa de ingreso tardío. En Colombia el comportamiento de captación y control prenatal se ha caracterizado por ser tardío (último trimestre de la gestación) y en número promedio bajo, con un número elevado de madres que no reciben ninguna atención de salud durante la gestación y sólo acuden al Hospital o centros de salud para el tratamiento de las complicaciones o para la atención del parto, lo cual ha repercutido en las altas tasas de mortalidad materna y perinatal por causas evitables.

Con relación a la estructura de mortalidad materna aparecen como primeras causas, sin modificaciones en los últimos años, las siguientes: hipertensión inducida por la gestación, las hemorragias de la gestación, parto y posparto, el aborto y otras complicaciones del trabajo de parto, parto y puerperio, situaciones que por sus características son susceptibles de reducción mediante la intervención oportuna a través de un control prenatal precoz, oportuno y de calidad.

Los factores ambientales, socioeconómicos y educacionales ejercen una influencia definitiva en la morbimortalidad perinatal y de estos se desprenden las principales causas de mortalidad perinatal, a saber: desnutrición materna, la ruptura prematura de membranas, el parto prematuro, la hipertensión crónica, o inducida por la gestación, el parto distócico, la hipoxia fetal, y las anomalías congénitas.

Entre los factores que generan este ingreso tardío están: se encuentran factores biológicos, psicológicos y socio-culturales, como condicionantes de la inasistencia o asistencia tardía al control prenatal, entre los que se encuentran: el nivel educativo, la edad, nivel socio-económico y

cultural, creencias religiosas, madre solterísimo, distancia de la vivienda al centro de salud u Hospital, cobertura de afiliación al sistema de salud, madre solterísimo, sistemas socioculturales, políticos, económicos, religiosos y geográficos (Social., 1990). (Ministerio de la Salud y Protección Social, 1990).

6.1.5 Enfermedades trazadoras más prevalentes de mortalidad materna y perinatal

6.1.5.1 Preeclampsia- Eclampsia. Es la principal causa de mortalidad materna y perinatal, retardo en el crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes primigravidas, embarazadas diabéticas, embarazo múltiple, embarazo molar, eritoblastosis fetal polidramnios, obesidad, macrosomía fetal, pacientes de bajo nivel socio económico y gestante con antecedentes familiares y personales de preeclampsia.

Las pacientes primigravidas y las de bajo nivel socioeconómico cuando presentan simultáneamente estrés psicosocial se aumenta en seis veces el riesgo de desarrollar la enfermedad posiblemente por una menor respuesta de inmunidad celular mediada por el estrés .

La obesidad especialmente con hiperlipidemia se asocia con un mayor nivel de estrés oxidativo con disfunción endotelial aumentando el riesgo de aumentar la enfermedad. El alto riesgo biopsicosocial en el embarazo aumenta significativamente la posibilidad de identificación de mujeres embarazadas con riesgo de desarrollar preeclampsia lo cual se ha observado en comunidades latinoamericanas. (Herrera Alvarado y Restrepo, 1995)

6.1.5.2 Parto prematuro al nacer. Los factores maternos más comúnmente asociados con la presentación de partos prematuros y el bajo peso al nacer son: el bajo nivel socioeconómico, la adolescencia, la desnutrición materna, el analfabetismo, el hábito de fumar, la farmacodependencia, las anomalías cérvico-uterinas, la infección cérvico-vaginal, la infección urinaria, las enfermedades que producen hipoxia (cardiopatías, asma, enfermedades hematológicas, diabetes, hipertensión arterial crónica), antecedentes de abortos o partos prematuros, el exceso de actividad sexual y la promiscuidad. Los factores fetales más comúnmente asociados son: el embarazo múltiple, las malformaciones congénitas el retardo en el crecimiento intrauterino y la pérdida fetal. Cualquiera de estos factores cuando se acompaña de estrés psicosocial aumenta más de tres veces el riesgo de desarrollar el parto prematuro.

6.1.5.3 Diabetes gestacional. El embarazo normal produce varios cambios homeostáticos en la mujer. En ayunas la mujer embarazada es hipoglicémica, hipoaminocidémica (alanina), hipoinsulinémica, hiperlipidémica, e hipercetonémica. Desde el principio del embarazo, el ayuno incide en una severa disminución de la glucosa materna circulante del orden de 13 mg a 20 mg, en relación con la mujer no embarazada; este fenómeno es más acentuado en el segundo y tercer trimestre; la insulina materna no atraviesa la membrana placentaria por lo cual el feto secreta su propia insulina a partir de la semana 10 del embarazo actuando como hormona de crecimiento fetal.

La diabetes gestacional se sospecha complicando un embarazo normal cuando la gestante presenta factores de riesgo para desarrollar la enfermedad como son: los antecedentes familiares de diabetes, la macrosomía fetal en embarazos anteriores, la obesidad o aumento exagerado de

peso durante el embarazo, los antecedentes personales de intolerancia a carbohidratos o diabetes, el aumento de la altura uterina no proporcional para la edad gestacional (polidramnios) y los antecedentes de mortinatos. (G. & Restrepo, 1991).

6.1.5.4 Modelo de atención prenatal de bajo riesgo. En el 2003 Colombia tenía una tasa de mortalidad perinatal centinela mencionados de 24 por cada 1000 vivos nacidos vivos, mientras que en Bucaramanga era de 24.5, muy superior a lo que ocurre en países desarrollados como Estados Unidos (7.2), Japón (4.5), Inglaterra (6.6), Alemania (6.2), o Cuba (6.0). Este modelo propuso estrategias de cumplimiento ceñida a los parámetros de calidad de atención en salud, basadas en la revisión profunda de la literatura médica, con menor costo de atención y que dependiendo de su comprensión, aplicabilidad y por sobre todo el compromiso de los estamentos involucrados, velando porque se mejore de manera significativa la calidad de la atención prenatal, lo cual seguramente se traducirá en una disminución significativa en los indicadores anteriores. (*Hernández Lina, 2009*)

Se tomó como base la Resolución 412 de 2000, propuesta por el Ministerio de la Protección Social y se hacen reformas sustanciales que están basadas en la mejor evidencia disponible en la literatura médica a la fecha, procurando siempre que se tenga una racionalidad en la solicitud en laboratorios y en la prescripción de medicamentos y utilizando el recurso humano, previamente capacitado, con el fin de poder aprovechar sus fortalezas en pro de obtener un embarazo normal, una madre y un recién nacido sano.

En la actualidad, este modelo de atención prenatal está siendo aplicado en instituciones públicas y privadas de la ciudad y su seguimiento forma parte del trabajo que continúan desarrollando como principal estrategia mediante el comité de vigilancia epidemiológica de mortalidad materna y perinatal, en donde se analizaron todos y cada uno de los casos que se presentan en el Municipio de Bucaramanga y se buscan las posibles fallas que existieron en el control prenatal, con retroalimentación hacia las instituciones en el manejo del eventos y la vulnerabilidad que pueda tener el modelo propuesto.

Antes de elaborar esta propuesta, la tasa de mortalidad perinatal, en el Municipio de Bucaramanga era de 24 por 1.000 recién nacidos; para el 2004, una vez implementado el modelo y capacitado los profesionales que laboraban en esta área, la cifra disminuyó a 13.5; a junio de 2005, con el seguimiento y la continuación de la vigilancia epidemiológica, se registra que esta cifra es de 7.0. (Ortiz R., 2005)

6.1 Marco Contextual

Como Marco Contextual en que se lleva a cabo la investigación de este proyecto, se tiene que es en el Municipio de Remedios-Antioquia, en la E.S.E. Hospital san Vicente de Paúl.

El Municipio de Remedios-Antioquia, cuenta con un número de 25.000 habitantes aproximadamente, en la que dos terceras partes de la población vive en zona rural, siendo una región montañosa y húmeda, dista de Medellín a unos 200 kilómetros cuadrados, se encuentra ubicada en el Nordeste del Departamento, limitando al Norte con el Municipio de Segovia y Sur

del Departamento de Bolívar, al Nordeste con el Municipio Yondó y Puerto Berrio, al Oriente con el Municipio de Yolombó, al Sur con los Municipios de Yalí y Vegachí y al Occidente con el Municipio de Amalfi. Remedios-Antioquia tiene una extensión de 1985 kilómetros. Remedios cuenta con dos corregimientos, los cuales son: Corregimiento de Santa Isabel de Hungría ubicado al Sur de la cabecera municipal y el Corregimiento de La Cruzada ubicado a siete kilómetros de la cabecera municipal.

En cuanto a la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl, se tiene que es una empresa de primer nivel que atiende a los habitantes del régimen subsidiado y contributivo, cuya misión es brindar servicios de salud de primer nivel, con responsabilidad social, sostenibilidad económica y criterios de calidad, para contribuir al bienestar de la comunidad del Nordeste Antioqueño.

Como Visión se tiene que seremos un Hospital sólido, humano y preferido por su excelencia. Como grupos de interés, la E.S.E. Interactúa con diferentes personas, grupos de personas y empresas, de las cuales recibe insumos, medicamentos y otros servicios. Al tiempo que interactúa con otros a quienes presta servicios fundamentales de salud.

En cuanto al programa de control prenatal en la ESE, de primer nivel, Hospital San Vicente de Paúl, de REMEDIOS ANTIOQUIA, emplea el siguiente esquema o protocolo; Las mujeres embarazadas, asisten por primera vez a su cita de control prenatal, en la ESE, en donde se les determina si es de alto riesgo o no, en caso que presenten amenazas de riesgos en la vida del binomio, madre e hijos, son remitidas a una entidad de salud de segundo o tercer nivel, en

donde son atendidas por un médico especialista en ginecología, acudiendo a citas de control prenatal cada mes.

El programa es atendido por tres profesionales de la salud, un médico general, una enfermera jefe y una enfermera auxiliar. Este personal sanitario, no es constante en el programa ya que son rotados periódicamente por las diferentes dependencias y programas de la ESE Hospital.

Los controles médicos son realizados mensualmente además de asistir a un control mensual por enfermería para el seguimiento de las órdenes médicas, además se realizan visitas domiciliarias a aquellas con alto riesgo socioeconómico.

6.3 Marco Normativo o Legal

Como referente legal de este proyecto investigativo se encuentra:

Constitución Política de Colombia de 1991, título II. de los derechos, las garantías y los deberes, capítulo II. de los derechos sociales, económicos y culturales; Artículo 48°, el cual expone: la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestara bajo la dirección, coordinación y control del estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Artículo 49°: el cual se refiere, a que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo

del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Ley 100 de 1993: Sistema General de Seguridad Social Integral, Artículo 1°. El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afectan. Artículo 3°. El Estado garantiza a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la seguridad social en salud.

En Colombia, luego de la ley 100 del 1993 y comprendiendo que con acciones unificadas de las empresas administradoras de planes de beneficios y el Estado, era posible alcanzar las metas de alcanzar un cambio positivo en la salud de la población, mediante el desarrollo de acciones protección específica y detención temprana. Dentro de las cuales están en relación con el control prenatal.

Por lo anterior el Consejo Nacional de Seguridad Social el 29 de diciembre de 1998, emitió el Acuerdo 117 que establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimiento e intervenciones de demanda inducida y la detención de enfermedades de interés en salud pública. En relación con el control prenatal dice que se define como todas las acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden coordinar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Posteriormente el Ministerio de Salud, para el año 2000, reglamentó el siguiente Acuerdo, adoptando las normas técnicas que son de obligatorio cumplimiento para las acciones de protección específica y detención temprana; además de las guías de atención para las enfermedades de interés en salud pública.

La Resolución 412 del 25 de febrero de 2000, en su Artículo 9, literal C adopta la norma técnica para el programa de detención temprana de alteraciones del embarazo, lo cual se ha mejorado de acuerdo a las variaciones presentadas en las indicadores de morbilidad materna y perfil epidemiológico de la población.

En el mismo año, el Ministerio de Salud encontró que existían ambigüedades en la Resolución antes mencionada, igualmente en la Resolución 1745 de 2000, por la cual fueron modificadas por la Resolución 3384 del 29 de diciembre de 2000, que define una estructura de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en cuanto a la responsabilidad del cumplimiento de las normas de atención, guías de atención, y metas de cumplimiento, entre otras. La Resolución 3384 aún está vigente en la Legislación Colombiana y dice en relación con el control prenatal que es el “conjunto de acciones y actividades que se realizan en las mujeres embarazadas con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido desde el punto de vista físico, mental y emocional”.

Ministerio de Salud y la Protección Social, Decreto 0412 de 2000, por el cual se regula el ingreso de gestantes al programa de control prenatal.

Resolución 412/2000, por la cual se establecen las actividades procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específicas y detención temprana y la atención de enfermedades de interés de salud pública. (Estado, 2000)

6.4 Marco Ético

Como referente ético de este proyecto investigativo se encuentra: República de Colombia Ministerio de Salud, Resolución número 8430 del 04 de octubre de 1993, título I. Disposiciones Generales, Artículo 1°. Las disposiciones de estas normas científicas tienen por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de actividad investigativas en salud. Capítulo II. De las investigaciones en seres humanos, capítulo I. De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Artículo 5°. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respaldo a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

En relación con el riesgo de esta investigación es de riesgo mínimo porque... somos un grupo de profesionales con diferentes profesiones en donde hemos acatado las leyes, normas y decretos que regulan el estudio en seres humanos el cual es nuestro objetivo, realizando este estudio con ética profesional y valores respetando los principios que rigen cada institución.

7. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 Enfoque Metodológico de la Investigación

El Enfoque Metodológico empleado en este proyecto investigativo es de tipo cuantitativo, estudio hecho en el tiempo transversal, retrospectivo.

7.2 Tipo de estudio

Este estudio es de tipo descriptivo, en donde se realizó una descripción de las causas por las cuales las gestantes están entrando tardíamente al programa de control prenatal.

7.3 Población objeto

La población está constituida por las historias de las gestantes inscritas en el programa de control prenatal en la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl del Municipio de Remedios-Antioquia primer período de 2014, cuyo número son 175 historias clínicas, las cuales fueron analizadas en su totalidad.

7.4 Unidad de Análisis

Como unidad de análisis de esta investigación se encuentra las historias de las gestantes inscritas al programa de control prenatal de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl del Municipio de Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014.

7.5 Criterios de Inclusión y de Exclusión

Como criterios de inclusión se encuentran las historias de las gestantes inscritas al programa de control prenatal en el primer semestre del año 2014 de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl del Municipio de Remedios-Antioquia; como criterio de exclusión se encuentran las mujeres en edad fértil que no se encuentran en estado de gestación en el primer semestre de 2014 en el Municipio.

7.6 Fuente de Información

La fuente de informaciones tenidas en cuenta en esta investigación es secundaria en donde se analizó las historias clínicas de gestantes inscritas al programa de control prenatal en el primer semestre del año 2014.

7.7 Instrumentos de Recolección de la Información

Se cogieron las historias clínicas de las gestantes inscritas al programa de control prenatal del primer semestre de 2014 de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Municipio de Remedios-Antioquia, el instrumento que se aplicó para la recolección de la información fue la encuesta (Ver Anexo A).

8. VARIABLES

Tabla 1. Variables

VARIABLES	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
Edad	Cuantitativa	Razón	Años de Edad
Estado civil	Cualitativa	Nominal	Soltera Casada Separada Unión libre Divorciada Otro: ___ Cuál?
Lugar de residencia	Cualitativa	Nominal	Urbano Rural
Nivel educativo de la gestante	Cualitativa	Ordinales	Primaria Secundaria Tecnología Profesional Sin educación formal Otro: ___ Cuál?
Tiene SISBEN	Cualitativa	Nominal	Si -No
Nivel socioeconómico	cualitativa	Ordinales	Nivel 1 Nivel 2 -Nivel 3 Nivel 4 Nivel 5 Nivel 6

VARIABLES	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
Nivel del SISBEN	Cualitativa	Ordinales	Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 Nivel 4 Nivel 5 Nivel 6
Semanas por trimestre de ingreso	Cualitativa	Ordinales	Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre
Causas de ingreso tardío	Cualitativa	Nominal	Preferencia por partera Embarazo no deseado Adolescentes menor de edad Desconocimiento del programa de control prenatal Madre solterísimo Nivel educativo Creencias religiosas Cobertura de afiliación al sistema de seguridad social en salud Ideología política Otro ____ Cuál?
Complicaciones del embarazo	Cualitativa	Nominal	Si No
Tipos de complicaciones	Cualitativa	Nominal	Diabetes gestacional Preeclampsia-eclampsia Parto prematuro-bajo peso al nacer Hemorragia Otro: ____ Cuál?
Régimen de salud	Cualitativa	Nominal	1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Vinculado

9. PLAN DE ANÁLISIS

Para el plan de análisis se tomaron todas las historias clínicas de las gestantes que ingresaron al programa de control prenatal en el primer semestre de 2014, en la E.S.E., Hospital San Vicente de Paúl del Municipio de Remedios-Antioquia, para luego ser aplicadas en las encuestas.

Luego de ser aplicadas en las encuestas todas las historias clínicas, se procedió a la tabulación utilizando el programa de Excel, cuya tabulación arrojó número de tablas y gráficos por cada pregunta del cuestionario lo que permitió conocer los factores que están permitiendo el ingreso tardío al programa de control prenatal.

10. RESULTADOS

En la dinámica concertada se tomó todas las historias clínicas de las gestantes que ingresaron el primer semestre de 2014 al programa de control prenatal de la E.S.E.. Hospital San Vicente de Paúl de Remedios-Antioquia en donde se pudo evidenciar que asistieron 175 gestantes, de cuales 170 son de ingreso tardío, dando como resultado la siguiente información:

10.1 Gestantes del control prenatal Hospital San Vicente de Paúl de Remedios-Antioquia

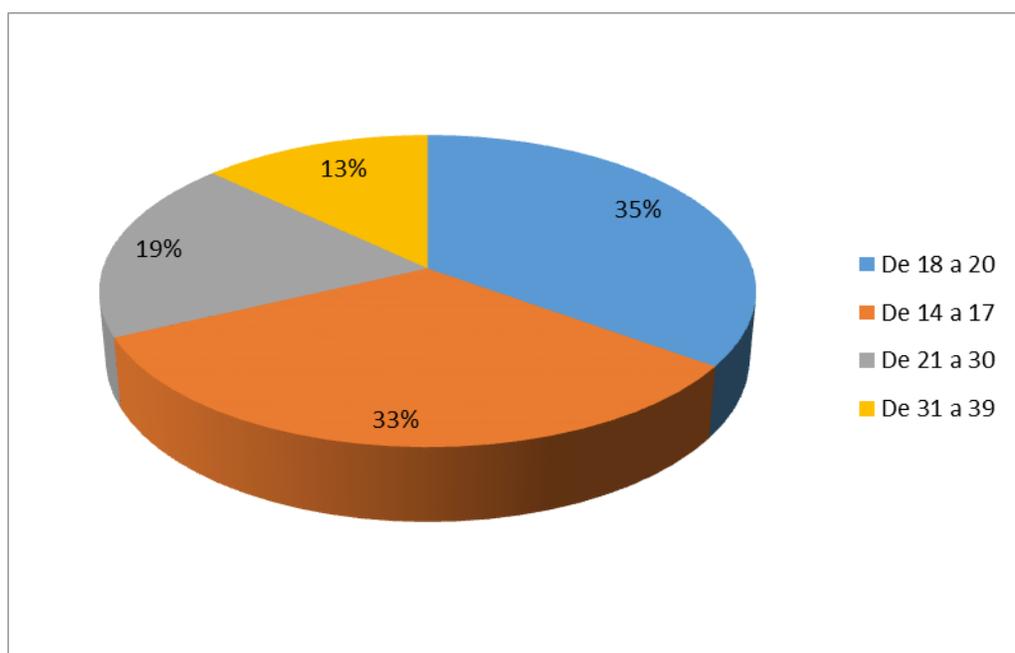
Tabla 2. Distribución porcentual según la edad de las maternas, que ingresaron al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014

En cuanto a la edad en las gestantes se evidencio que:

Rango de edad por años	Total de gestantes	Porcentaje
De 18 a 20	62	35%
De 14 a 17	57	33%
De 21 a 30	33	19%
De 31 a 39	23	13%

Total	175	100%
-------	-----	------

Gráfico 1. Distribución porcentual según la edad de las maternas que ingresaron al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014



Fuente: elaborado por los estudiantes

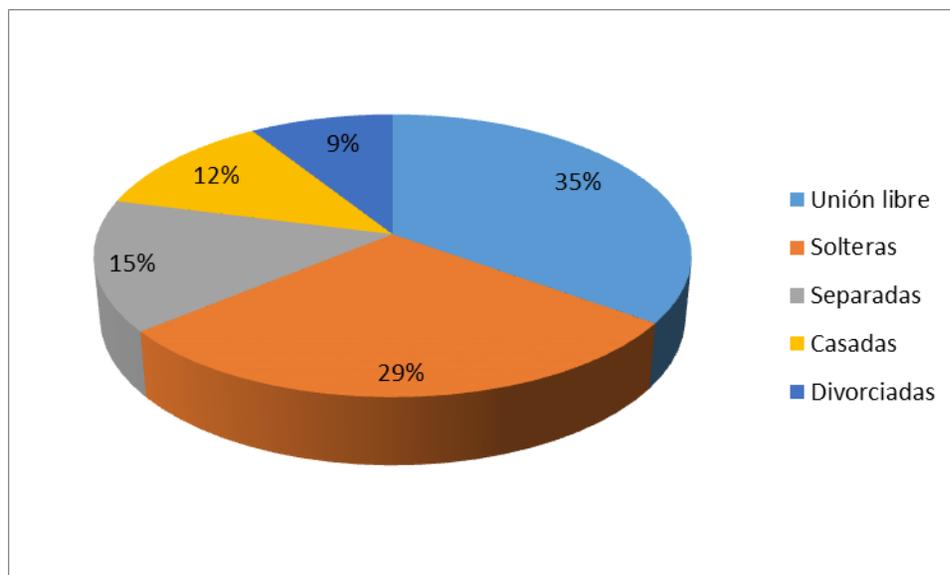
Segun la edad se encontró que el porcentaje promedio fue de 18 a 39 años, al agruparse por rango de edad, se evidenció que el mayor porcentaje fue para las gestantes en edad entre los 18 a 20 años con un porcentaje 35%, de 14 a 17 años con un porcentaje del 33%, de 21 a 30 años un porcentaje del 19% y por último de 31 a 39 años un porcentaje del 13%, como se puede observar en el Gráfico 1.

Tabla 3. Distribución porcentual en gestantes por estado civil, que ingresaron al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014

En cuanto al estado civil en las gestantes se evidenció que:

Estado civil de las gestantes	Total de gestantes	Porcentaje
Unión libre	61	35%
Solteras	50	29%
Separadas	27	15%
Casadas	21	12%
Divorciadas	16	9%
Total	175	100%

Gráfico 2. Distribución porcentual en gestantes por estado civil, que ingresaron al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014



Fuente: elaborado por los estudiantes

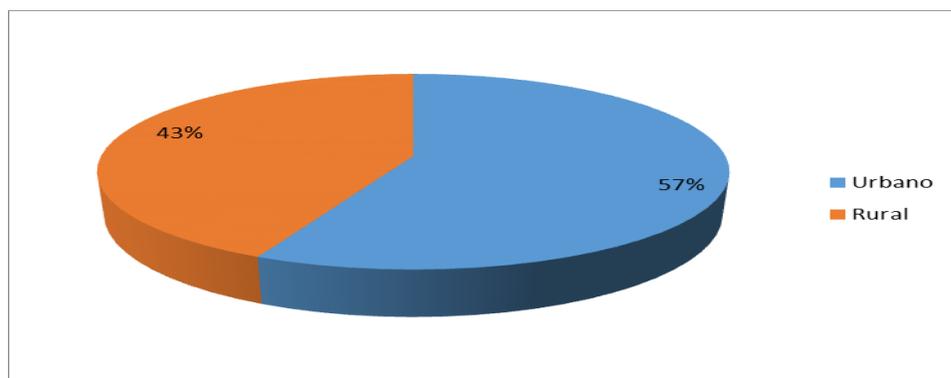
Dentro del estado civil, según distribución porcentual, se encontró la siguiente, unión libre con un porcentaje de 35%, luego le siguen las gestantes solteras con un porcentaje de 29% y como por último las gestantes separadas con un porcentaje de 15%, como se puede observar en el Gráfico 2

Tabla 4. Distribución porcentual en gestantes por lugar de residencia, que ingresaron al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014.

En cuanto al lugar de residencia en las gestantes se evidenció que:

Lugar de residencia de las gestantes	Total de gestantes	Porcentaje
Urbano	99	57%
Rural	76	43%
Total	175	100%

Gráfico 3. Distribución porcentual en gestantes por lugar de residencia, que ingresaron al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014



Fuente: elaborado por los estudiantes

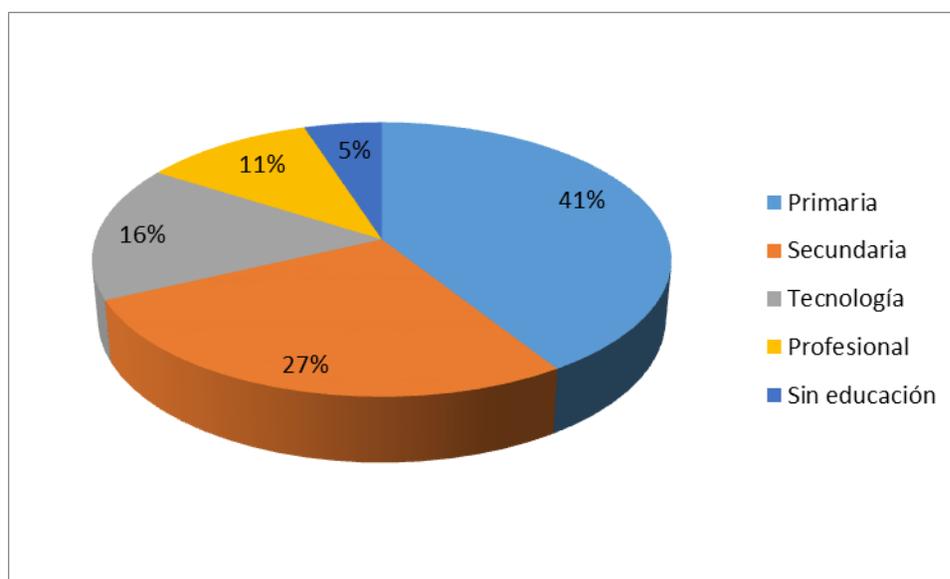
En cuanto al lugar de residencia, según distribución porcentual, se encontró que en su mayoría el lugar de residencia se encuentra ubicado en la zona urbana con un porcentaje del 57% y un en zona rural con un porcentaje del 43%, como se puede observar en el Gráfico 3.

Tabla 5. Distribución porcentual en gestantes por nivel educativo, que ingresaron al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014

En cuanto al nivel educativo en las gestantes se evidencio que:

Nivel educativo de la gestante	Total de gestantes	Porcentaje
Primaria	72	41%
Secundaria	48	27%
Tecnología	27	16%
Profesional	20	11%
Sin educación	8	5%
Total	175	100%

Gráfico 4. Distribución porcentual en gestantes por nivel educativo, que ingresaron al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014



Fuente: elaborado por los estudiantes

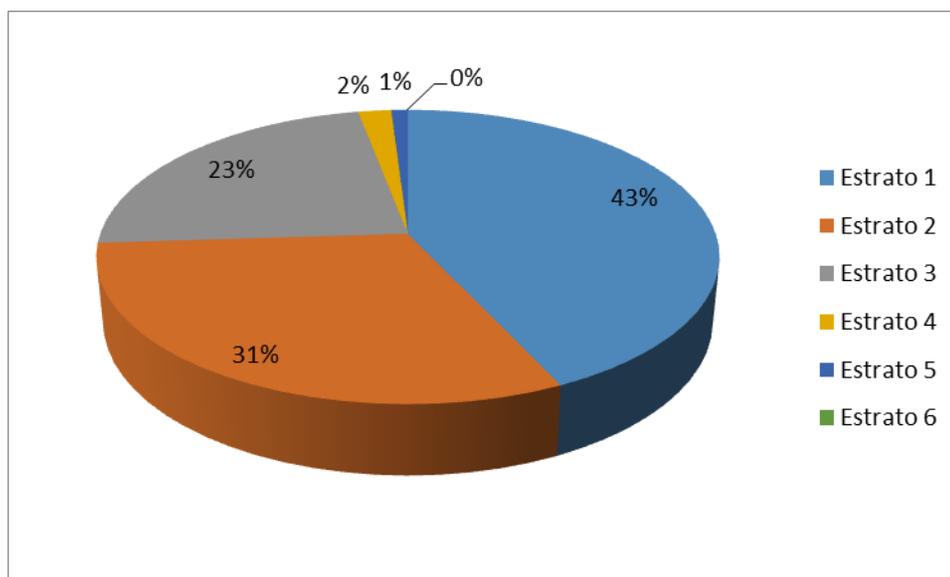
En cuanto a su nivel educativo, según distribución porcentual, se encontró que la mayor parte de gestantes solo han cursado la primaria con un porcentaje del 41%, secundaria con un porcentaje del 27%, tecnología con un porcentaje del 16%, profesional con un porcentaje del 11% y sólo un 5% se encuentra sin educación alguna. como se puede observar en el Gráfico 4.

Tabla 6. Distribución porcentual en gestantes por nivel socioeconómico, que ingresaron al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014

En cuanto al nivel socioeconómico en las gestantes se evidenció que:

Nivel socioeconomico	Total de gestantes	porcentaje
Estrato 1	75	43%
Estrato 2	55	31%
Estrato 3	40	23%
Estrato 4	4	2%
Estrato 5	1	1%
Estrato 6	0	0%
Total	175	100%

Gráfico 5. Distribución porcentual en gestantes por nivel socioeconómico, que ingresaron al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014



Fuente: elaborado por los estudiantes

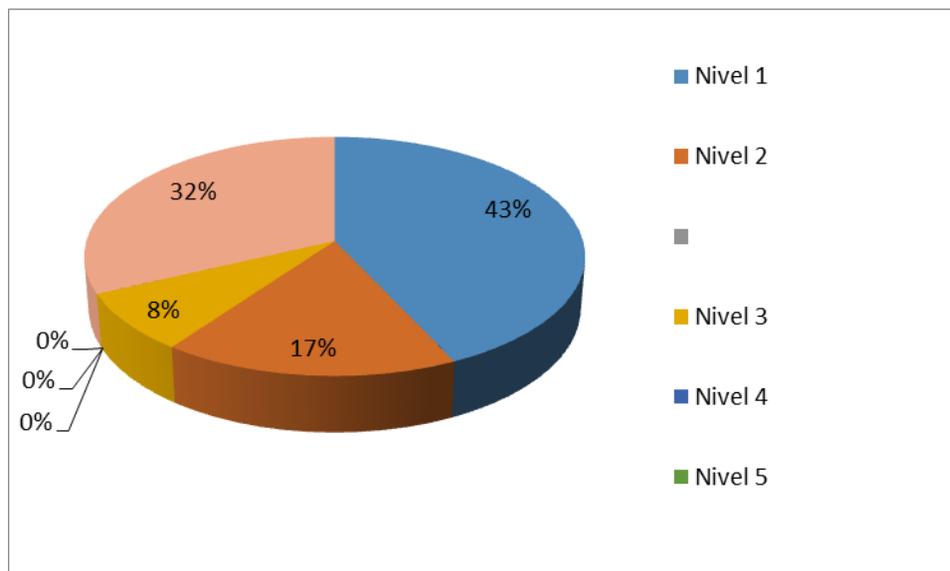
En cuanto al nivel económico de las gestantes, según distribución porcentual, se encontró que la mayor parte de gestantes se encuentran en Estrato 1 con un porcentaje de 43%, luego le sigue las de Estrato 2 con un porcentaje de 31%, por último las del Estrato 3 con un porcentaje de 23% , como se puede observar en el Gráfico 5.

Tabla 7. Distribución porcentual en gestantes por nivel del SISBEN, que ingresaron al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014

En cuanto al nivel del SISBEN, en las gestantes se evidencio que:

Clasificación del SISBEN	Total de gestantes	Porcentaje
Nivel 1	70	43%
Nivel 2	30	17%
Nivel 3	15	8%
Nivel 4	0	0%
Nivel 5	0	0%
Nivel 6	0	0%
No encuestados por el SISBEN	60	32%
Total	175	100%

Gráfico 6. Distribución porcentual en gestantes por nivel del SISBEN, que ingresaron al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014



Fuente: elaborado por los estudiantes

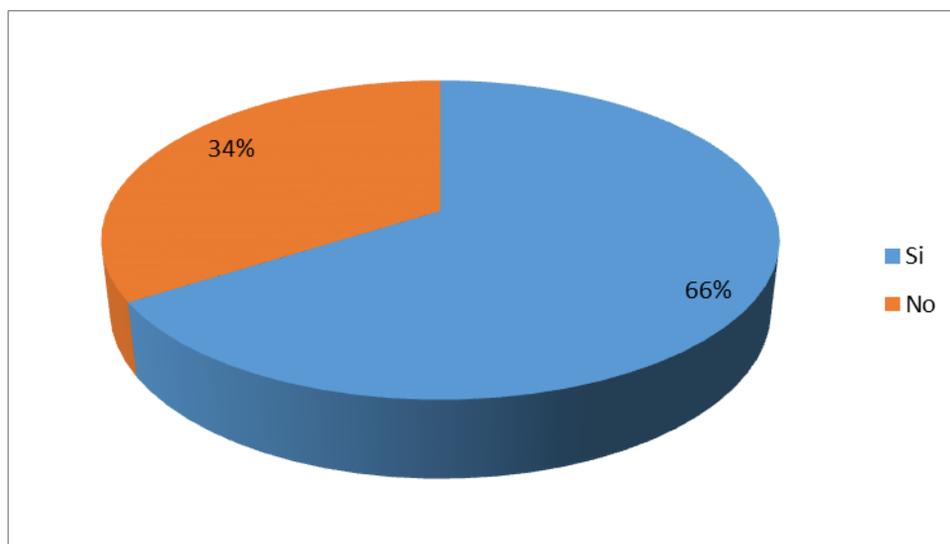
En cuanto al nivel del SISBEN, de las gestantes, según distribución porcentual, se encontró que la mayor parte de gestantes se encuentran en el Nivel 1 con porcentaje del 43%, le siguen las del nivel 2 con un porcentaje de 32%, como último le siguen las del Nivel 3 con un porcentaje del 17%, como se puede observar en el Gráfico 6

Tabla 8. Distribución porcentual en gestantes vinculadas al Sistema de Seguridad Social en Salud Régimen Subsidiado –SISBEN-, que ingresaron al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014

En cuanto a la vinculación al Sistema de Seguridad Social en Salud Régimen Subsidiado -SISBEN- en las gestantes se evidencio que:

Vinculado al SISBEN	Total de gestantes	Porcentaje
Si	115	66%
No	60	34%
Total	175	100%

Gráfico 7. Distribución porcentual en gestantes vinculadas al Sistema de Seguridad Social en Salud Régimen Subsidiado –SISBEN-, que ingresaron al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014



Fuente: elaborado por los estudiantes

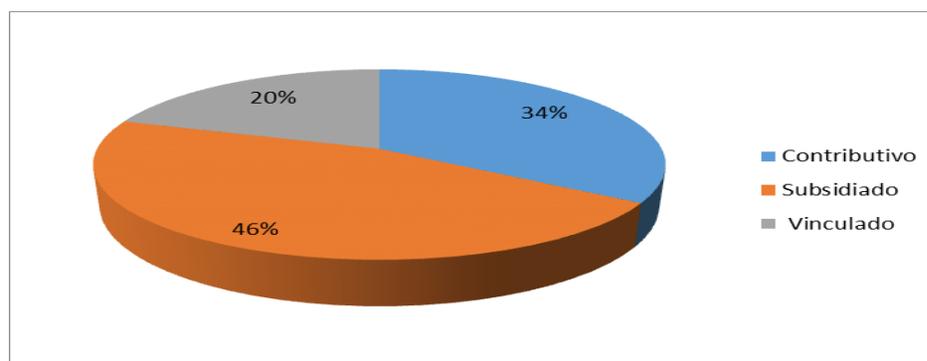
En cuanto a su vinculación al Sistema de Seguridad Social en Salud Régimen Subsidiado –SISBEN-, según distribución porcentual, se encontró que el 66% de las gestantes se encuentran vinculadas al sistema, al igual que el 34% presentan otra clase de afiliación al sistema. Como se puede observar en el Gráfico 7.

Tabla 9. Distribución porcentual en gestantes según el Régimen de Salud, que ingresaron al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014

En cuanto al régimen de salud, en las gestantes se evidencio que:

Régimen de salud	Total de gestantes	porcentaje
Contributivo	60	34%
Subsidiado	80	46%
Vinculado	35	20%
Total	175	100%

Gráfico 8. Distribución porcentual en gestantes según el Régimen de Salud, que ingresaron al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014



Fuente: Elaborado pro los estudiantes.

En cuanto a régimen de salud al cual pertenecen las gestantes, un 46% pertenecen al subsidiado, 34% al contributivo, y un 20% régimen subsidiado.

10.2. Gestantes con ingreso tardío al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia

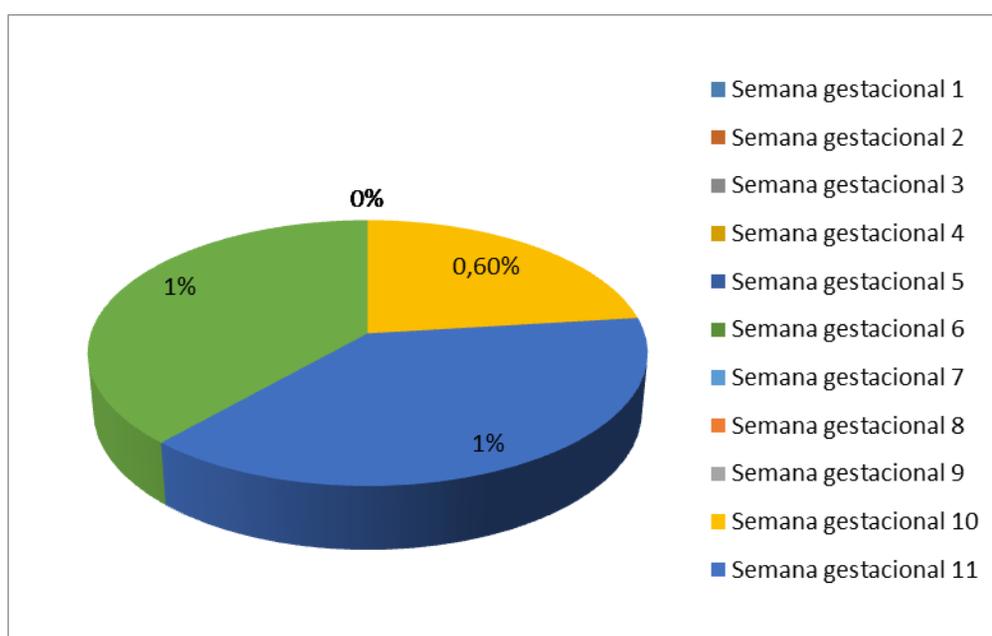
Tabla 10. Distribución porcentual de maternas por semanas gestacionales y grupo trimestral primer trimestre, al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014

En cuanto al primer trimestre por semanas de ingreso de las gestantes se evidencio que:

Primer trimestre por Semanas de ingreso	Total de gestantes	porcentaje
Semana gestacional 1	0	
Semana gestacional 2	0	
Semana gestacional 3	0	
Semana gestacional 4	0	
Semana gestacional 5	0	
Semana gestacional 6	0	
Semana gestacional 7	0	
Semana gestacional 8	0	
Semana gestacional 9	0	
Semana gestacional 10	1	0,6%

Semana gestacional 11	2	1 %
Semana gestacional 12	2	1 %

Grafico 9. Distribución porcentual de maternas por semanas gestacionales y grupo trimestral primer trimestre, con ingreso tardío al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014



Fuente: elaborado por los estudiantes

En cuanto a la distribución porcentual, de las maternas por semanas gestacional y grupo trimestral al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer trimestre de 2014, se encontró que en la semana 10 ingresó una gestante con un porcentaje de 0,60%, en la semana 11 ingresaron 2 gestantes con un porcentaje de 1% por último en la semana 12 ingresaron 2

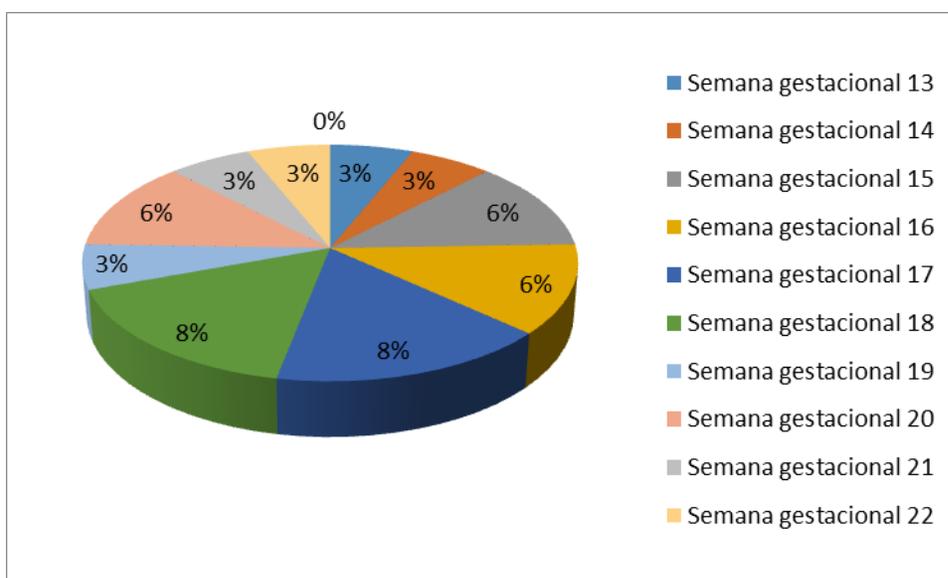
gestantes con un porcentaje de 1%, como se puede observar en el Gráfico 9. No hubo ingreso tardío porque la semana 12 es la semana de ...

Tabla 11. Distribución porcentual de maternas por semanas gestacionales y grupo trimestral segundo trimestre, con ingreso tardío al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014

En cuanto al segundo trimestre por semanas de ingreso de las gestantes se evidenció que:

Ssegundo trimestre por Semanas de Ingreso	Total de gestantes	Porcentaje
Semana gestacional 13	5	3%
Semana gestacional 14	5	3%
Semana gestacional 15	10	6%
Semana gestacional 16	10	6%
Semana gestacional 17	15	8%
Semana gestacional 18	15	8%
Semana gestacional 19	5	3%
Semana gestacional 20	10	6%
Semana gestacional 21	5	3%
Semana gestacional 22	5	3%
Semana gestacional 23	0	0%
Semana gestacional 24	10	6%

Grafico 10. Distribución porcentual de maternas por semanas gestacionales y grupo trimestral segundo trimestre, con ingreso tardío al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014



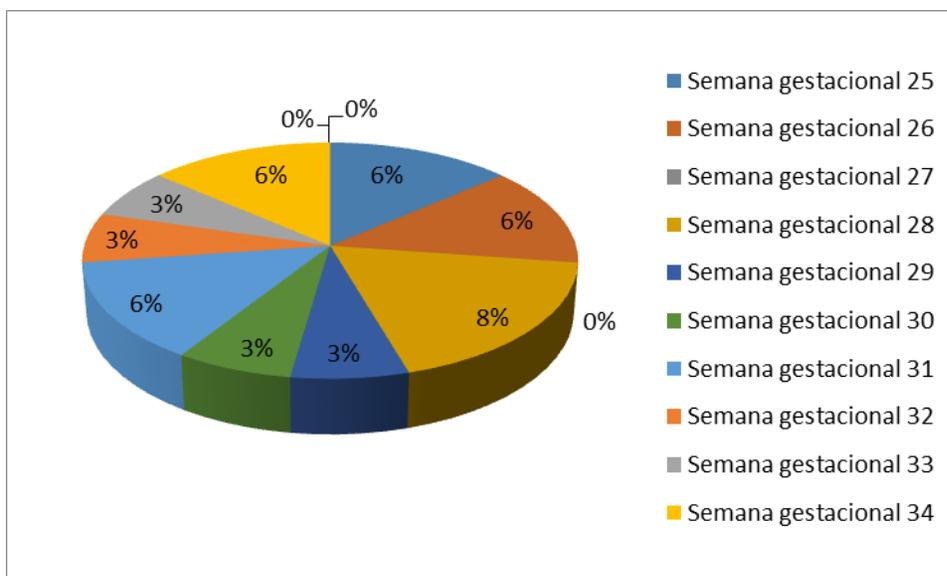
Fuente: elaborado por los estudiantes

En cuanto a la distribución porcentual, de las maternas por semanas gestacional y grupo trimestral con ingreso tardío al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia segundo trimestre de 2014, se encontró que en las semanas 17 y 18 en cada semana ingresaron 15 gestantes con un porcentaje de 8%, en las semanas 15, 16, 20, y 24 en cada semana ingresaron 10 gestantes con un porcentaje de 6%, por último en las semanas 13, 14, 19 y 22 en cada semana ingresaron 5 gestantes con un porcentaje de 3%, como se puede observar en el Gráfico 10.

Tabla 12. Distribución porcentual de maternas por semanas gestacionales y grupo trimestral tercer trimestre, con ingreso tardío al programa de control prenatal en remedios, tercer semestre de 2014

Tercer trimestre por Semanas de ingreso	Total de gestantes	Porcentaje
Semana gestacional 25	10	6%
Semana gestacional 26	10	6%
Semana gestacional 27	0	0%
Semana gestacional 28	15	8%
Semana gestacional 29	5	3%
Semana gestacional 30	5	3%
Semana gestacional 31	10	6%
Semana gestacional 32	5	3%
Semana gestacional 33	5	3%
Semana gestacional 34	10	6%
Semana gestacional 35	0	0%
Semana gestacional 36	0	0%

Gráfico 11. Distribución porcentual de maternas por semanas gestacionales y grupo trimestral tercer trimestre, con ingreso tardío al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014



Fuente: elaborado por los estudiantes

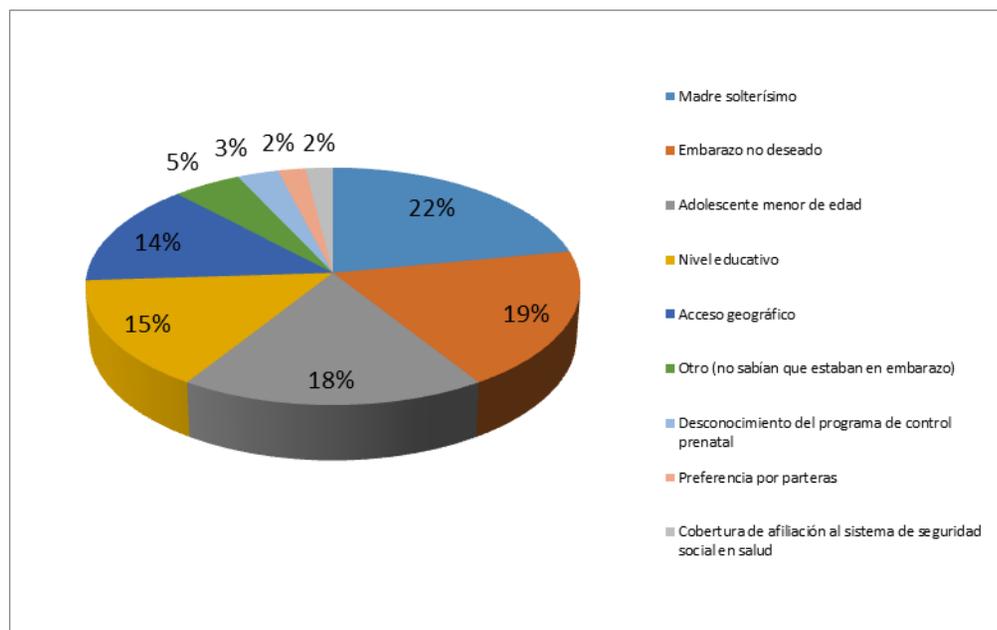
En cuanto a la distribución porcentual, de las maternas por semanas gestacional y grupo trimestral tercer trimestre, con ingreso tardío al programa de control prenatal en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014, se encontró que en la semana 28 ingresaron 15 gestantes con un porcentaje de 8%, en las semanas 25, 26, 31, y 34 en cada semana ingresaron 10 gestantes con un porcentaje de 6%, por último en las semanas 29, 30, 32 y 33 en cada semana ingresaron 5 gestantes con un porcentaje de 3%, como se puede observar en el Gráfico 11.

Tabla 13. Distribución porcentual de gestantes, por causas de ingreso tardío al programa de control prenatal, en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014

En cuanto a las causas, de ingreso tardío al programa de control prenatal, en las gestantes se evidencio que:

Causas de ingreso tardío	Total de gestantes	Porcentaje
Madre solterísimo	38	22%
Embarazo no deseado	33	19%
Adolescente menor de edad	31	18%
Nivel educativo	27	15%
Acceso geográfico	25	14%
Otro (no sabían que estaban en embarazo)	8	5%
Desconocimiento del programa de control prenatal	5	3%
Preferencia por parteras	4	2%
Cobertura de afiliación al sistema de seguridad social en salud	4	2%
Total	170	100%

Gráfico 12. Distribución porcentual de gestantes, por causas de ingreso tardío al programa de control prenatal, en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014



Fuente: elaborado por los estudiantes

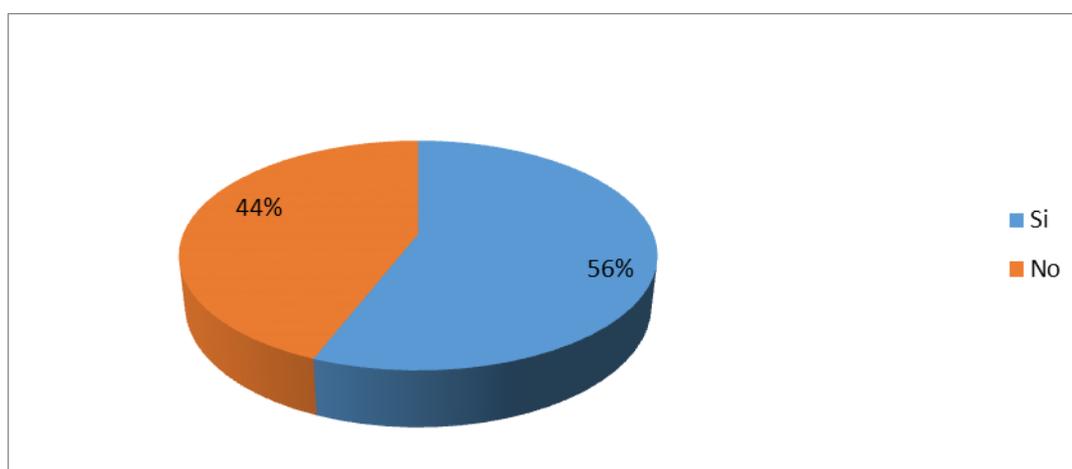
En lo que respecta a las causas de ingreso tardío a control prenatal según distribución porcentual se pudo evidenciar que los factores más relevantes que originan este ingreso tardío, son: madre solterismo con un 22%, embarazo no deseado un 19%, adolescentes menor de edad un 18% y como por último el nivel educativo con un 14%, como se puede observar en el Gráfico 12.

Tabla 14. Distribución porcentual de gestantes, por complicaciones del embarazo al programa de control prenatal, en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014

En cuanto a complicaciones del embarazo en las gestantes se evidenció que:

Complicaciones del embarazo	Total de gestantes	Porcentaje
Si	95	56%
No	75	44%
Total	170	100%

Gráfico 13. Distribución porcentual de gestantes, por complicaciones del embarazo por al programa de control prenatal, en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014



Fuente: elaborado por los estudiantes

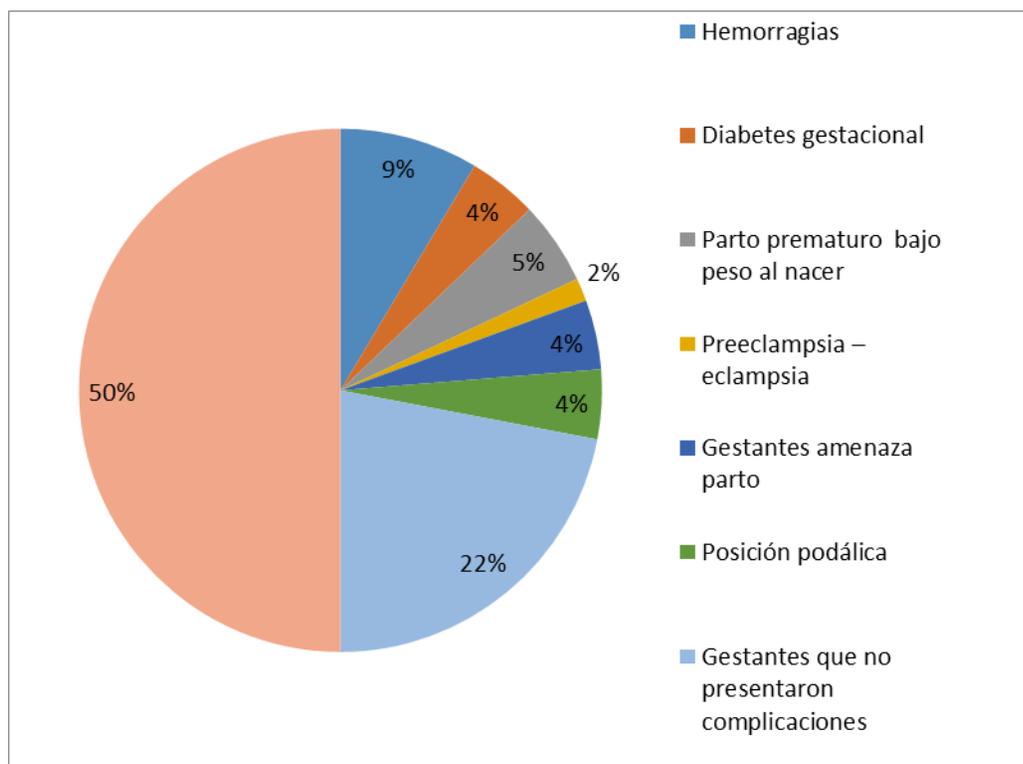
En cuanto a la distribución porcentual, de las maternas, para determinar si tuvieron complicaciones durante la gestación se evidenció que 98 gestantes con un promedio del 56% presentaron complicaciones, y 77 gestantes con un porcentaje del 44%, no presentaron complicaciones como se puede observar en el Gráfico 13.

Tabla 15. Distribución porcentual de gestantes, por tipos de complicaciones en el embarazo al programa de control prenatal, en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014

En cuanto a los tipos de complicaciones del embarazo en las gestantes con ingreso tardío a control prenatal se evidenció que:

Tipos de complicaciones	Total de gestantes	Porcentaje
Hemorragias	30	17%
Diabetes gestacional	15	9%
Parto prematuro bajo peso al nacer	18	11%
Preeclampsia – eclampsia	5	3%
Gestantes amenaza parto	15	9%
Posición podálica	15	9%
Gestantes que no presentaron complicaciones	81	42%
Total	170	100%

Gráfico 14. Distribución porcentual de gestantes, por complicaciones del embarazo al programa de control prenatal, en Remedios-Antioquia, primer semestre de 2014



Fuente: elaborado por los estudiantes

De las mujeres gestantes encuestadas, para determinar los tipos de complicaciones durante el embarazo, según distribución porcentual, se evidenció que entre las complicaciones más comunes se encuentran hemorragias con un 50%, parto prematuro, bajo peso al nacer con un 5%, diabetes gestacional con un 4%, amenaza de parto 22%, posición podalica 4%, como se puede observar en el Gráfico 14.

11. DISCUSIÓN

La discusión dio como resultados que esta investigación obedece a los hallazgos encontrados.

En primer lugar, los factores que inciden en el ingreso tardío al programa de control prenatal, obedecen a la falta de conciencia y conocimiento sobre la importancia que tiene el ingresar tempranamente al programa de control prenatal, en el primer trimestre antes de la semana 12, período crítico de la embriogénesis.

Dentro de las causas de ingreso tardío ser madre soltera, con embarazo no deseado y adolescente menor de edad constituye durante la investigación, las tres primeras causas de ingreso tardío al control prenatal, difieren de estudios realizados como el ingreso tardío de gestantes al Programa de Control Prenatal en la E.S.E. Hospital Tobías Puerta de Uramita. Municipio de Uramita. Antioquia- Colombia, en el cual la zona geográfica y la cultura de parto por partera son las causas más frecuentes.

Dentro de las complicaciones asociadas al embarazo, las hemorragias, parto prematuro y diabetes gestacional constituyen las más frecuentes durante la investigación, en los estudios consignados como ingreso tardío de gestantes al Programa de Control Prenatal en la E.S.E.

Hospital Tobías Puerta de Uramita. Municipio de Uramita. Antioquia- Colombia, están preeclampsia, eclampsia, parto prematuro, y diabetes gestacional, todas estas complicaciones prevenibles y tratables con un control, prenatal temprano.

Durante la investigación se presentaron dificultades para obtener la información de las complicaciones de las maternas, el tipo de clasificación se le da según el riesgo de su embarazo, las situaciones trazadoras de riesgo más prevalentes, pues en la historia clínica no se realiza un registro completo de las atenciones. Situación similar en cuanto a deficiencia de los contenidos de la historia clínica de las maternas se presentó en una investigación realizada en Callao-Perú, al igual que la deficiencia en cuanto a la orientación y educación que se le da a la materna, pues no sólo se presenta con el personal asistencial que atiende a las maternas sino también los demás actores que intervienen en los procesos desde la admisión, pasando por farmacia, y los demás servicios de apoyo.

Como límites en la investigación encontramos que las historias clínicas de las maternas presentan dificultades en cuanto al contenido y calidad de la información que requirió indagar en otros registros de la E.S.E; el hecho de ser una investigación descriptiva deja de lado aspectos de fondo del problema y solo ofrece un panorama general.

Se recomiendan realizar otras investigaciones complementarias, como ejemplo, investigaciones cualitativas dentro del marco epidemiológico y de calidad de vida, que permitan conocer e impactar específicamente en el problema de salud pública en mención.

12. CONCLUSIÓN

Más de la mitad de las gestantes que ingresaron al control prenatal corresponde a la edad entre los 14 y 20 años, con proyecto de vida a mitad de camino pues cerca de la mitad de estas gestantes sólo terminaron primaria.

Dos terceras partes de las gestantes corresponden a los estratos 1 y 2 cuyos ingresos familiares son escasos, dejando a la gestante en alto riesgo.

Una tercera parte de las gestantes son solteras, aumentado el riesgo psicosocial de su gestación pues no existe el vínculo afectivo de pareja que genere un factor protector.

Más de la mitad de las gestantes con grandes dificultades de acceder al programa por limitaciones geográficas.

Un poco menos de la tercera parte de las gestantes no cuentan con carnet de afiliación pues están en los vinculados o pobres no asegurados dificultando la atención de las complicaciones del embarazo sobre todo al remitir éstas a un nivel superior de atención.

Menos del 3% de las gestantes están en el primer trimestre del embarazo, período crítico y de gran importancia para ingresar al control prenatal, posterior a este primer trimestre

corresponde a las usuarias de ingreso tardío al control un poco más del 97% disminuyendo semana a semana las posibilidades de un tratamiento oportuno a las complicaciones.

La principal causa de ingreso tardío son las gestantes solteras, seguida de embarazo no deseado, adolescente menor de edad, nivel educativo y acceso geográfico; estas cinco causas de ingreso tardío corresponden a más de la tercera parte de las gestantes.

Más de la mitad de las gestantes reportó complicaciones del embarazo, entre estas las tres principales complicaciones son: Hemorragias, Parto prematuro-bajo peso al nacer, seguida de Diabetes Gestacional; complicaciones prevenibles y manejables una vez se identifican y tratan oportunamente.

13. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta la información recopilada y las conclusiones derivadas del presente estudio, las recomendaciones que se hacen al programa de control prenatal de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl del Municipio de Remedios-Antioquia, se encuentran las siguientes:

Se recomienda a la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl el trabajar más en red articulada con organizaciones públicas y privadas en la conformación y desarrollo de políticas, programas y proyectos enfocados a la demanda inducida a la mujer gestante.

Las instalaciones donde funcionan promoción y prevención deben estar demarcadas con su respectivo nombre para que las personas sepan a donde dirigirse cuando alguien las referencie hacia ese servicio; al igual que debe haber una información sobre los horarios y servicios al ingreso para que la gente sepa que servicios presta de P y P, y también anunciando su bienvenida.

Es deber del personal de la salud realizar los controles prenatales y dar toda la información necesaria a los usuarios, de igual manera dejar por escrito en la historia clínica el tipo de educación brindada, para así corroborar que ha sido completa por medio de auditorías de historias clínicas realizadas por el coordinador de promoción y prevención y coordinador médico.

Se deben realizar los controles prenatales con la familia gestante para fomentar los vínculos afectivos y la red de apoyo en cuanto a conocimientos de signos y síntomas de alarma.

A la Universidad Luis Amigo se recomienda:

Seguir alentando este tipo de investigaciones que impactan la calidad en gestión de los servicios de salud y su articulación con los demás determinantes además de la evaluación de los distintos actores de este sistema.

En relación con investigaciones futuras:

Fuente de consulta de futuras investigaciones y punto de partida para hondar más aun en la búsqueda de alternativas de solución a los distintos problemas de salud pública; de igual manera realizar una investigación de tipo descriptivo permite un panorama general de la situación por indagar y da herramientas para impactos macros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gómez G., Rebolledo, Restrepo (1991) *Morbimortalidad fetal por diabetes en gestantes*. Bogotá, D.C. República Colombia.
- González Gutiérrez. (2000). *Componentes del control prenatal*, la Habana-Cuba.
- Gutiérrez, Lina; Molano Amparo. (2008) Ingreso tardío de gestantes al Programa de Control Prenatal en la E.S.E. Hospital Tobías Puerta de Uramita. Municipio de Uramita. Antioquia- Colombia
- Herrera Alvarado, Restrepo W. (1995) *Riesgo biopsicosocial y preeclampsia, atención primaria en salud*, Bogotá D.C. República de Colombia
- Hernández Liliana, Navarro Carlos A. (2008) *gestación y procesos culturales*, Municipio de Remedios-Antioquia
- Ministerios de la Salud y Protección Social (1990). *División materno infantil y dinámica de población, ingreso a control prenatal*. República de Colombia.

Ortiz R., Beltrán Ma. (2005). *Modelo de atención perinatal de bajo riesgo*. Bogotá. República de Colombia.

Organización Mundial Salud –OMS- (2013). Informe Anual sobre estrategias del Programa de Control Prenatal en América del Sur. Santiago de Chile.

Organización Mundial Salud –OMS- y Organización Panamericana de la Salud –OPS- (2005). Informe Anual sobre la Adolescencia y la Gestación en México.

Organización Mundial Salud –OMS- y Organización Panamericana de la Salud –OPS- (2012). Informe Anual sobre enfermedades prevalentes de gestantes que asisten tardíamente al Programa de Control Prenatal en Argentina.

Ministerio de Salud y la Protección Social (2003-2007). Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá D.C., República de Colombia

Instituto nacional de estadísticas. (2001). Elección y preferencia del parto domiciliario en Cayao, Lima-Perú.

Congreso de la República (1991). Constitución Política de Colombia de 1991. Bogotá-Colombia

Congreso Nacional de la República de Colombia. Ley 100 del 1993. Bogotá-Colombia

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (1998). Acuerdo 117, por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimiento e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá-Colombia.

Ministerio de Salud y la Protección Social (2000). Resolución 412, por la cual se establecen las actividades, procedimiento e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las Normas Técnicas y guías para el desarrollo de las acciones de protección específica y detención temprana. Bogotá, D.C. República de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2000). Boletín Oficial Número 16 del Programa Control Prenatal. Bogotá D.C., República de Colombia.

Ministerio de Salud y la Protección Social. (1993). Resolución Número 8430 del 04 de octubre de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá-Colombia.

Anexo A. cuestionario Ingreso tardío al Programa de Control Prenatal de la E.S.E.

Hospital San Vicente de Paúl del Municipio de Remedios-Antioquia

FECHA: D----- M----- A-----

NOMBRE DEL ENCUESTADOR. -----

-

NUMERO DEL FORMULARIO.-----

CUESTIONARIO

1.- EDAD. -----

2.- ESTADO CIVIL: soltera. ()-casada. ()- separada. ()- Unión libre. ()-divorciada ()

Otro, cuál? ()

3.- LUGAR DE RESIDENCIA: urbano (). Rural ().

4.- NIVEL EDUCATIVO DE LA GESTANTE: primaria. ()- Secundaria. ()-

Tecnología. ()

Profesional. ()-Sin educación formal (). Otro, cuál?

5.-. NIVEL SOCIOECONOMICO.

Nivel 1 (). Nivel 2 (). Nivel 3 (). Nivel 4 (). Nivel 5 (). Nivel 6 ().

6- CLASIFICACION DEL SISBEN Nivel 1 (). Nivel 2 (). Nivel 3 (). Nivel 4 (). Nivel 5 (). Nivel 6 ().

7. VINCULACION AL SISBEN si () no ().

8. REGIMEN DE SALUD. Contributivo (), subsidiado (), vinculado ().

9.- SEMANAS POR TRIMESTRE DE INGRESO

PRIMER TRIMESTRE: 1 semana () – 2 semana ()- 3 semana ()- 4 semana ()- 5 semana ()- 6 semana ()-7 semana ()- 8 semana ()- 9 semana ()- 10 semana ()- 11 semana ()- 12 semana ()

SEGUNDO TRIMESTRE: 13 semana () – 14 semana ()- 15 semana ()- 16 semana ()- 17 semana ()- 18 semana ()-19 semana ()- 20 semana ()- 21 semana ()- 22 semana ()- 23 semana ()- 24 semana ()

TERCER TRIMESTRE: 25 semana () – 26 semana ()- 27 semana ()- 28 semana ()- 29 semana ()- 30 semana ()-31 semana ()- 32 semana ()- 33 semana ()- 34 semana ()- 35 semana ()- 36 semana () 37 semana ()- 38 semana ()- 39 semana ()- 40 semana ()

10- CAUSAS DE INGRESO TARDIO:

Preferencias por parteras (si)-(no)

Embarazo no dE.S.E.ado (si)-(no)-

Adolescente menor de edad (si)-(no)-

Desconocimiento del programa de control prenatal (si)-(no)

Madre solterísimo (si)- (no)

Nivel educativo (si)-(no)

Creencias religiosas (si)-(no)

Cobertura de afiliación al sistema de salud (si)-(no)

Vive en zona rural (si)-(no)

Ideología política (si)-(no)

Otro-cuál?-----

10. COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO.

Si (). No ().

11- TIPO DE COMPLICACIONES:

Diabetes gestacional (si)-(no)

Pre eclampsia – eclampsia (si)-(no)

Parto prematuro – bajo peso al nacer (si)-(no)

Hemorragia- (si)-(no)

Otras-Cual? _____