
Accesibilidad en el ámbito de la salud materna de mujeres rurales del municipio Lourdes, Norte de Santander, Colombia, en el período 2021-2022.

Accessibility in the field of maternal health of rural women in Lourdes, Norte de Santander, Colombia in the period 2021-2022.

Mariel Nuñez-Daza¹, Luizaida Sánchez- Ramírez ², José de Jesús Nuñez-Rodríguez³, José Vicente Sanchez-Frank⁴

REVISTA FORMACIÓN ESTRATEGICA ISSN 2805-9832

Postulado en diciembre 2022-Aceptao febrero del 2023

Correspondencia: Mariel D' Jesús Núñez Daza, Apartado postal 050026, Medellín, Colombia. Teléfono móvil : +57- 3123682992.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7697-1178>.

Email: marieldjesusnunezdaza@gmail.com , Lugar donde se realizó la investigación: Población gestante de Lourdes Norte de Santander

Cantidad de palabras del manuscrito: 4405 (sin incluir bibliografías)

Cantidad de tablas y gráficos del manuscrito: 5

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

1: Médico General de Urgencias, egresada de la Universidad de Santander, Colombia. Grupo de investigación de la Facultad de Salud de la Universidad de Santander. Médico de Urgencias. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7697-1178>; Correo: marieldjesusnunezdaza@gmail.com

2: Médico General egresada de la Universidad de Pamplona, Colombia. Residente del segundo año de Pediatría Universidad de Caldas, Colombia. Correo: luizaramirez2810@gmail.com ; ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-6869-550X>

3: Docente e Investigador de la Universidad de Santander, Colombia, Departamento de Investigaciones. Correo: jo.nunez@mail.udes.edu.co; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4120-0215>

4: Docente e Investigador del Programa de Medicina de la Universidad de Santander, campus Cúcuta, Colombia. Correo: jo.sanchezfrank@mail.udes.edu.co; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6799-7146>

Resumen

Introducción: La atención prenatal es un seguimiento necesario e importante, ayudan a identificar pacientes con mayor riesgo obstétrico y perinatal, agregan intervenciones ligadas a la prevención de dichos riesgos y complicaciones en el binomio madre-feto. Los controles prenatales implican también dedicar una cantidad sustancial de educación del paciente y de promoción de la salud, especialmente durante las primeras visitas; siendo el objetivo principal el nacimiento de un niño sano con un riesgo mínimo para la madre. **Objetivo:** Evaluar la accesibilidad en el ámbito de la salud materna de mujeres rurales del municipio Lourdes, departamento Norte de Santander (Colombia) en el período 2021-2022. **Métodos:** Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, transversal, observacional y descriptivo con base a un análisis de datos y estudios recientes, y se aplicó una encuesta a una muestra de 25 gestantes asistentes al Centro de Salud del municipio durante el lapso en referencia. Se realizó un análisis descriptivo de los datos de las encuestas con la distribución porcentual de las variables categóricas y la construcción de Intervalos de confianza del 95%. **Resultados:** Entre los resultados principales se determinó que el 60% de las gestantes de la población estudiada, tuvieron menos de 3 controles prenatales o ninguno. La principal barrera de dificultad al acceso de los servicios de salud de la zona, percibida por parte de la población, es la geográfica con 36%, siguiendo la barrera económica con 24%, en contraste con un 12% de barrera médica. **Conclusiones:** Las barreras geográfica y económica son las principales determinantes que influyen en la dificultad del acceso a la salud en las gestantes rurales de Lourdes. El 72% de las gestantes tienen un nivel socioeconómico bajo o muy bajo. Existe una relación positiva entre el bajo nivel educativo con el bajo o muy bajo nivel socioeconómico y a su vez, con una asistencia menor a 3 controles prenatales.

Palabras Clave: Embarazo, riesgo obstétrico, control prenatal, feto, neonato, mujeres rurales

Abstract

Introduction: Prenatal care is a necessary and important follow-up, they help to identify patients with higher obstetric and perinatal risk, add interventions linked to the prevention of such risks and complications in the mother-fetus binomial. Prenatal check-ups also imply dedicating a substantial amount of patient education and health promotion, especially during the first visits; the main objective being the birth of a healthy child with minimal risk to the mother. **Objective:** To evaluate the accessibility in the field of maternal health of rural women in the municipality of Lourdes, department of Norte de Santander (Colombia) in the period 2021-2022. **Methods:** A quantitative, non-experimental, cross-sectional, observational and descriptive study was carried out based on an analysis of recent data and studies, and a survey was applied to a sample of 25 pregnant women attending the Health Center of the municipality during the period in reference. A descriptive analysis of the survey data was carried out with the percentage distribution of categorical variables and the construction of 95% confidence intervals. **Results:** Among the main results, it was determined that 60% of the pregnant women in the population studied had less than 3 prenatal check-ups or none at all. The main barrier of difficulty to access health services in the area, perceived by the population, is geographical with 36%, followed by the economic barrier with 24%, in contrast to a 12% medical barrier. **Conclusions:** Geographic and economic barriers are the main determinants that influence the difficulty of access to health care among rural pregnant women in Lourdes. Seventy-two percent of the pregnant women have a low or very low socioeconomic level. There is a positive relationship between low educational level and low or very low socioeconomic level and, in turn, with attendance to less than 3 prenatal check-ups.

Key words: Pregnancy, obstetric risk, prenatal care, fetus, neonate, rural women.

Introducción

La atención prenatal es un seguimiento de salud necesaria e importante, incluso en los embarazos saludables; los controles regulares ayudan a identificar pacientes con mayor riesgo, tanto obstétrico como perinatal, agregan intervenciones ligadas a la prevención de dichos riesgos y también contribuyen a promover conductas saludables durante el embarazo (1).

A nivel mundial cada año, aproximadamente, 350.000 mujeres pierden la vida en el embarazo o el parto, hasta 2 millones de recién nacidos mueren en las primeras 24 horas de vida y hay 2.6 millones de mortinatos (1). Una gran parte de esas defunciones se produce en países de bajos ingresos económicos y pueden ser evitados, ocurren en su mayoría porque las mujeres pobres carecen de acceso a establecimientos de salud cercanos y eficientes o a los servicios sanitarios cualificados (2).

En el informe “El Estado de las Parteras en el Mundo 2011: cuidar la salud, salvar vidas”,-coordinado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), participaron 58 países donde las tasas de mortalidad materna, fetal y neonatal fueron altas, predominando en los países que padecen crisis en los recursos humanos para la salud, donde solo el 17% disponen de personal cualificado para atención del parto (2).

Tomando en cuenta lo anterior, es clara la importancia que existe en trabajar en la prevención de complicaciones en el binomio madre-feto, entrando allí, en primer lugar, los controles prenatales. Los 3 componentes principales del control prenatal son la evaluación de riesgos, la promoción y educación para la salud y la intervención terapéutica (3); la intervención prenatal de alta calidad puede prevenir o conducir al reconocimiento y tratamiento oportuno de las complicaciones maternas y fetales. Las complicaciones del embarazo y el parto constituyen la principal causa de morbilidad y mortalidad en las mujeres en edad reproductiva en todo el mundo (4).

Los controles prenatales implican también la dedicación de una cantidad sustancial de educación del paciente y de promoción de la salud, especialmente durante las primeras visitas (5); siendo el objetivo principal el

nacimiento de un niño sano con un riesgo mínimo para la madre (6). Aunque es difícil acceder a estudios científicos randomizados, los resultados sugieren que los hijos nacidos de madres sin controles en el embarazo tienen 3 veces más riesgos de nacer con bajo peso y 5 veces más probabilidades de morir, en comparación con hijos de madres que reciben control prenatal (1).

La atención prenatal debe comenzar tan pronto como el embarazo sea sospechado, idealmente antes de la semana 10, especialmente en pacientes con patologías crónicas o con factores de riesgo, generalmente entre 7 y 11 controles prenatales (1).

En muchos países en desarrollo, y sobre todo en zonas rurales, existe una creencia cultural en personas empíricas capacitadas para atender partos, denominadas “parteras”, éstas constituyen en regiones pobres un componente importante del personal de salud; atienden a las mujeres y colaboran con ellas en sus hogares y en sus comunidades y; están en la línea del frente de la provisión de servicios de salud (2).

Según se estima a nivel mundial cada año 60 millones de mujeres dan a luz fuera de los servicios de salud y 52 millones de alumbramientos ocurren en ausencia de personal capacitado para la atención del parto (enfermera, partera o médico). En contraposición, en los países industrializados y en zonas urbanas la cobertura de atención del parto por personal capacitado se aproxima a un 100% (2).

En Colombia las mujeres rurales para el año 2022 ocupaban un 48.2% de la población rural total, equivalentes a 5.9 millones, encontrándose ubicadas principalmente en los departamentos de Antioquia, el Cauca y Nariño (7). Según cifras del DANE para el año 2020 la tasa de natalidad más alta en el área rural fue en la Guajira con un 17.7%, seguida por el Huila con 16.2%. Es importante resaltar que en la Guajira también se encontró la tasa más alta de natalidad en la cabecera municipal con 22.2%; por el contrario, el departamento de Caldas tuvo la tasa más baja de natalidad en la suma de población rural dispersa y cabecera municipal con 7.8% (8).

El informe preliminar del DANE en el año 2022 en el Municipio de Lourdes, en el primer trimestre, reportó una tasa de natalidad total en zona rural dispersa de 2.941 nacimientos en el que predominan, en el rango de edad de la madre, entre 20-24 años, seguido por madres entre los 15-19 años. Asimismo, en la cabecera municipal la tasa de natalidad tuvo un total de 323.609 en el primer trimestre, predominando en el mismo rango de edad de 20-24 años (9).

En la Norma Colombiana y Guías de Práctica Clínica, publicada del año 2018, los controles prenatales deben ser dirigidos por profesionales en medicina general o enfermería capacitados o con especialización en cuidado materno- perinatal, recomendando la valoración por un Gineco Obstetra en embarazos de curso normal en la semana 28-30 y semana 34-36 para una nueva valoración del riesgo (10).

En la consulta de control prenatal se incluye la realización de la historia clínica con registros de maternidad, lista de chequeo, valoración de antecedentes maternos, obstétricos, IMC inicial, seguimiento de ganancia de peso, signos vitales, tamizaje de violencia de género y depresión (11).

Contextualmente la investigación se realizó en el municipio de Lourdes ubicado en el departamento Norte de Santander, de la República de Colombia, una zona fronteriza con la República de Venezuela. Este municipio para el año 2022 tenía una población total de 4.270 habitantes, de las cuales 2.208 personas pertenecían al área rural, ubicados en las 17 veredas del municipio. Entre los principales problemas de las mujeres gestantes rurales de este municipio se evidencian las grandes barreras económicas, demográficas y de transporte para asistir a la atención en salud, lo que aunado a la escasa educación sobre el autocuidado y de la importancia de acudir al control médico, ha provocado que la morbi-mortalidad materna vaya en aumento con el paso del tiempo.

Los factores más influyentes en el aumento de complicaciones durante el parto de las mujeres rurales son: la edad de la madre, número de gestaciones previas, calidad de los servicios de salud, factores socioculturales y demográficos. El 95% de los trastornos durante el embarazo y puerperio pueden prevenirse con la modificación de éstos, para su corrección y mejoramiento, es elemental el acondicionamiento de las unidades de salud de primer nivel, con la finalidad de brindar un servicio integral. Además, es indispensable incentivar y facilitar a la mujer embarazada la asistencia a la consulta prenatal, exámenes de laboratorios, ecografías y gabinete pertinente, con la intención de prevenir e identificar de forma temprana alteraciones o factores de riesgo que

puedan producir complicaciones durante el embarazo, alteración en la función binomio madre-feto o complicaciones en el parto. Se debe salvaguardar a cada mujer y cada niño, de modo que puedan vivir y alcanzar plenamente su potencial. Los resultados de este estudio preliminar contribuirán a comprender la situación de las mujeres gestantes rurales para el abordaje de otras investigaciones más abarcadoras y el desarrollo de políticas y programas de atención en salud a las mujeres rurales en edad reproductiva.

Objetivos

La investigación tuvo como objetivo caracterizar la accesibilidad en el ámbito de la salud materna de mujeres rurales del municipio Lourdes, departamento Norte de Santander en el período 2021-2022.

Materiales y métodos

El tipo de estudio se enmarcó dentro del paradigma positivista, metodología cuantitativa, con un diseño no experimental, transversal, observacional y descriptivo. Se seleccionó una muestra a conveniencia de 25 gestantes mediante la aplicación de una encuesta a mujeres embarazadas que asistieron a consultas médicas en el Centro de Salud del municipio Lourdes, entre el período comprendido entre el 1 de febrero de 2021 y el 1 de febrero de 2022. Los criterios de inclusión en la selección de la muestra fueron: mujeres rurales que se encontraban en gestación en el período 2021-2022 y residenciadas en zonas rurales del municipio Lourdes.

La recolección de la información se realizó mediante una encuesta estructurada en 25 preguntas cerradas, aplicadas a las gestantes durante las consultas en el Centro de Salud del municipio. El análisis de los datos de las encuestas se desarrolló realizando un análisis descriptivo, elaboración de tablas y gráficos de la distribución porcentual de las variables categóricas analizadas y la construcción de Intervalos de confianza del 95% para los parámetros relevantes.

Resultados

Edad de la gestante

El 80% de las gestantes fueron mayores de 20 años de edad, evidenciada en un IC: [0,6432; 0,9568] y el 20% restante menos de 20 años.

Estado de gravidez previa

En la tendencia de las gestantes de Lourdes predomina en un estado de gravidez previa con más de una gestación, representado en el 76% de los casos, en contraparte con 24% de una sola gestación anterior con un IC 95%.

Niveles de escolaridad

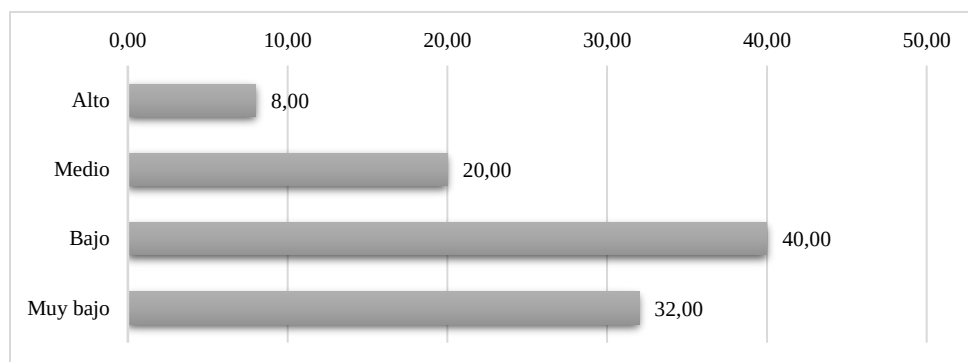
Con respecto a la escolaridad el 52% de la población cuenta con estudios finalizados de primaria, [IC: 0,3242; 0,7158], muy significativa, frente a un 8% que alcanza nivel técnico o profesional.

Ocupación y nivel socioeconómico de la gestante

Al estimar intervalos de confianza del 95%, se obtuvo que más de la mitad de las gestantes (64,32%) se dedican a labores de ama de casa. Ambas proporciones resultan con diferencias significativas ($p < 0.05$).

En referencia al nivel socioeconómico se encontró que el 72% de las gestantes encuestadas se considera de bajo a muy bajo con un IC [0,5440; 0,8960] en contraste con el nivel alto a medio donde representan un 28% con IC [0,1040; 0,4560] (Gráfico 1).

Gráfico 1. Nivel Socioeconómico de las gestantes



Fuente: Elaboración Propia

Adherencia a los controles prenatales

El 44% de las gestantes se realizaron entre 1 a 3 controles prenatales; el 40% más de 3 controles; y el 16% ningún control (tabla 1). La OMS recomienda entre 7-10 controles prenatales, significando que un 56% de las embarazadas clasifican con bajos controles prenatales. Asimismo, el 60% de las gestantes tuvieron un inicio tardío de controles prenatales con un IC [0,4080; 0,7920]), definido como después de la semana 10, en contraste con el 40% que iniciaron antes de las 10 semanas de gestación.

Tabla 1. Número de Controles prenatales

Controles	Gestantes	%
Ninguno	4	16.00
Más de 3	10	40.00
De uno a 3	11	44.00
	25	100

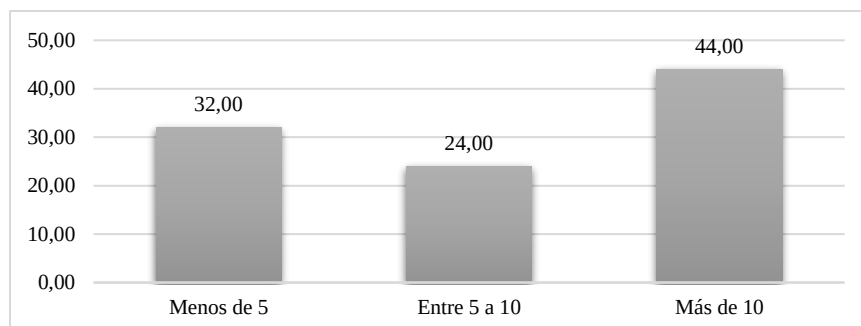
Fuente: Elaboración Propia

La relación entre el número de gestaciones y estado de nivel socioeconómico, como elemento que dificulta la asistencia a citas médicas, tuvo un Odds Ratio (OR) de 5.33, lo que significa que hay una relación importante y positiva entre el estado de gravidez previa con la adherencia a los controles prenatales debido a las condiciones económicas de las gestantes estudiadas.

Barreras geográficas para atención a gestantes rurales

El 68% de la muestra estudiada está residenciada en veredas rurales y el 32% viven en el pueblo. El 56% de las gestantes que acuden a controles prenatales en el Centro de Salud de Lourdes se transportan caminando desde su domicilio y un 44% de las gestantes recorre más de 10 km. para llegar al Centro de Salud [IC: 0,2454; 0,6346] (Gráfico 2). Asimismo, el 72% de las encuestadas manifestaron que hay carencia de transporte público para su traslado al Centro de Salud y el 40% refiere que siempre o casi siempre la distancia entre su vivienda y el Centro de Salud impide una asistencia médica oportuna.

Gráfico 2. Distancia entre el hogar y el Centro de Salud para atención de gestantes rurales

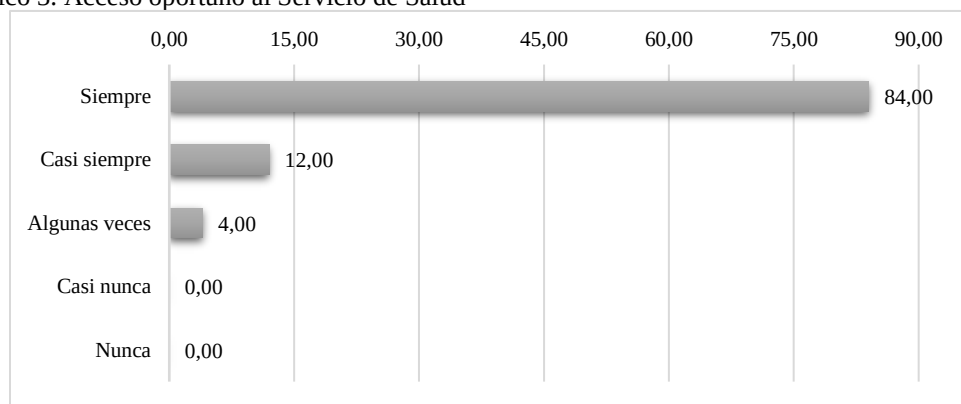


Fuente: Elaboración propia

Barreras administrativas para atención a gestantes rurales

El 86% de las gestantes refirieron que tuvieron acceso de manera oportuna al servicio de salud del Centro de Atención más cercano, el 4% manifestaron que algunas veces accedieron de manera oportuna (Gráfico 3).

Gráfico 3. Acceso oportuno al Servicio de Salud



Fuente: Elaboración Propia

En general, nunca o casi nunca la oferta de citas médicas impide la asistencia adecuada a los controles prenatales. Estas dos opciones totalizan el 56% de las opiniones de las gestantes con un IC del 95%. La respuesta es favorable a que la disponibilidad de citas médicas no representa un obstáculo para la asistencia a sus respectivos controles prenatales. El 88% de las embarazadas calificaron la atención médica de excelente frente a un 4% que la evaluaron como regular.

Barreras económicas para la atención de gestantes rurales

El 72% de las gestantes encuestadas consideraron pertenecer a niveles socioeconómicos entre bajo y muy bajo, superando significativamente a la población consideran de medio - alto el nivel socioeconómico que representan 28%.

El OR entre el nivel de escolaridad y socioeconómico es de 11.98, lo que indica una relación positiva entre el nivel educativo de primaria (bajo) con el nivel socioeconómico, las gestantes con un mayor nivel educativo alcanzado posean un nivel socioeconómico de alto a medio, un 11.98 veces más probable.

Barreras culturales para la atención de gestantes rurales

El 76% de las gestantes afirmaron cumplir con los tratamientos médicos recomendados, frente a un 4% que refleja casi nunca cumplir con éstos. Con respecto a la atención del parto, el 96% de las gestantes prefiere tener su trabajo de parto con acompañamiento y orientación de un médico, en contraste de un 4% que todavía presentan afinidad por ser atendidas por parteras.

No obstante, resulta contradictorio, en el manejo de complicaciones relacionadas con el embarazo en curso que el 40% de las gestantes se auto medican por orientaciones de vendedores de las droguerías, utilización de rezos, secretos y bebedizos de hierbas, sin acudir a la valoración médica.

Relación entre las barreras analizadas para la atención de gestantes rurales

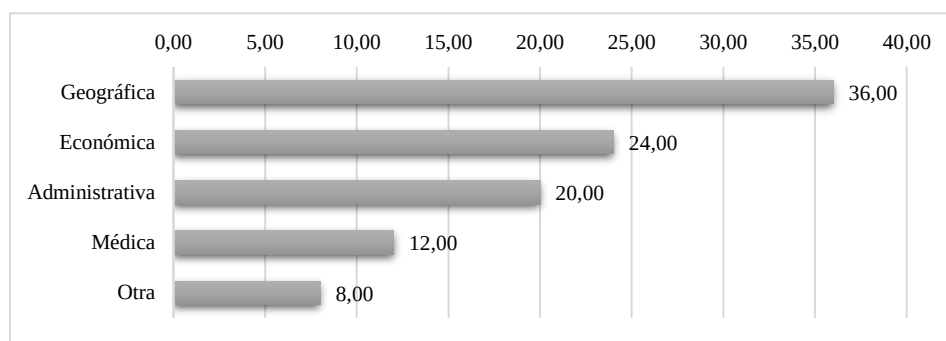


Gráfico 4. Dificultades en el acceso de las gestantes rurales a los servicios de salud

Fuente: Elaboración Propia

En el Gráfico 4 se evidencia que la principal causa de dificultad al acceso de los servicios de salud en la zona rural, percibida por parte de las gestantes encuestadas, es la geográfica con 36%, siguiendo la barrera económica con 24%, y un 12% de las barreras de atención médica.

Discusión

El propósito de esta investigación fue caracterizar la accesibilidad en el ámbito de la salud materna de mujeres rurales del municipio Lourdes, departamento Norte de Santander, siendo importante-triangular los resultados de este estudio con otras investigaciones similares que permita abrir los espacios a nuevas líneas y proyectos de investigación para profundizar y ampliar los campos de conocimientos y de acciones públicas.

Zhanhong-zong et al., (12) analizaron la atención prenatal entre mujeres rurales y urbanas en China, en el que el 12,6% de las mujeres no reportaron exámenes en el primer trimestre y el 27,6% tuvo menos de 5 consultas prenatales en su último embarazo; el análisis multivariado indicó que los predictores demográficos de atención tardía e inadecuada incluyeron un menor nivel educativo, y bajos ingresos económicos.

Asimismo, Cesar García et al., (13) en Colombia describieron las barreras de acceso al control prenatal y la calidad de atención en el departamento del Meta, donde encontraron que el 74.17% tuvo 4 o más controles prenatales y una barrera principal para no adherencia a controles prenatales: mala calidad de las instalaciones de centro de atención, con un OR 4.62

Al realizar la comparación de estas 2 investigaciones con respecto a los datos obtenidos en este estudio el principal factor de barrera para acceso a la salud en Lourdes durante la atención prenatal fue la geográfica con un 36%, y en segundo lugar con bajos niveles socioeconómicos con 24% de la población estudiada. Con respecto a la adherencia de los controles prenatales el 60% de las gestantes tuvieron ninguno o menos de 3 controles prenatales, un porcentaje mayor al encontrado en la población de China, haciendo contraste con el estudio del departamento del Meta en Colombia.

En cuanto al nivel socioeconómico y escolaridad, en este estudio, la media de escolaridad alcanzada fue la educación primaria con un 52% y el 72% de afirmaron tener un nivel socioeconómico bajo o muy bajo; considerándose un porcentaje inferior a la encontrada por Cáceres et al. en Colombia (14) en la que el 96% pertenecía a estrato socioeconómico bajo y escolaridad baja con 88% y; en los encontrados por Lozano Cuadros et al., (15), en Bucaramanga, las cuales el 46% tenían estudios alcanzados de primaria, asociado también el bajo nivel socioeconómico con un mayor riesgo de muerte perinatal en el estudio Flores Navarro et al., en Colombia (16).

Moreno Santillan et al., (17), en México, estudiaron los controles prenatales en el área rural hallando que el 60% de la muestra estudiada era multigestante; representando una cifra menor a la encontrada en este estudio, el cual el porcentaje encontrado fue de 76%.

Así mismo, una comparación de la edad de las gestantes, Anabella Criollo et al., (18) en Ecuador, encontró que el 60% tenía una edad entre 20 y 35 años y el 83.08% vivía en la zona rural dispersa; Caldearon Blanco et al., (19) determinaron que el 96.43% tenían un rango de edad entre 16-19 años en mujeres residentes en Pasto, departamento de Nariño (Colombia) y; Zabarin Cogollo (20) en Santa Marta, Colombia, una edad media de 18 años con una frecuencia de 37.5%. En el presente este estudio el 80% de la muestra abordada tenía una edad mayor a 20 años y el 68% vivían en veredas rurales. Se observa una cifra menor en la procedencia de zona rural dispersa, pero mayor en la distribución etaria de las gestantes que la encontrada en el estudio realizado en Ecuador. Asimismo, al realizar un enlace con la investigación de Córdoba Solano (21) en Colombia, se encontró una asociación de la gestación a temprana edad con el riesgo de presentar complicaciones en el embarazo.

Respecto a las implicaciones de las creencias culturales de las mujeres gestantes rurales con los estratos socioeconómicos y la influencia de estos determinantes en la adherencia al manejo e indicaciones médicas de las complicaciones desarrolladas durante el embarazo, en este estudio se obtuvo que el 40% de las gestantes estudiadas al presentar alguna complicación durante el embarazo acuden, como primera instancia, a la auto medicación o recomendaciones de la droguería, rezos, bebedizos y secretos. En contraste, el estudio realizado por Zabaraín et al. (22) en Cuba, basados en la OMS que la automedicación tiene una prevalencia mayor al 50% a nivel mundial, variando según el país: Buenos Aires, Argentina: 32.3%; En Cartagena, Colombia: 28.3%; Abeba, Etiopía: 12.4%. Jiménez et al., (22) señalan que los medicamentos más utilizados para auto medicarse son el acetaminofén, antiinflamatorios no esteroideos e hidróxido de aluminio.

En este estudio el 96% de las gestantes prefieren que su embarazo sea atendido por médicos o personas capacitadas en el momento del parto. En una indagación desarrollada en Japón por Cochrane de Ota E, et al., (23) se halló una evidencia del beneficio que la atención de la gestante en la zona rural sea dirigida por una partera capacitada, especialmente en poblaciones rurales en países de bajos y medianos ingresos, al reducir la pérdida fetal/ muerte neonatal. Asimismo, se determinó que un número reducido de visitas de atención prenatal probablemente da lugar a un aumento de la muerte perinatal (RR 1,14, IC 95%)

En Estados Unidos, April Sutton et al., (24) evaluaron las disparidades rural-urbanas de embarazo, nacimientos y abortos entre mujeres adolescentes y jóvenes evidenciando que las diferencias rural- urbanas en la proporción de primeros embarazos en adolescentes que continúan su progresión, no son embarazos deseados ni planeados, éstos pueden tener un factor contribuyente para la no adherencia a los controles prenatales, aumentando así la mortalidad.

En Colombia, en algunas zonas rurales, actualmente se presentan procesos sociales complejos, como lo es el conflicto armado, factor que puede inferir en la atención y desarrollo de la gestación de esta población. Palacios-Perdomo et al., (25), en los municipios de Palmira y El Cerrito, exploraron las percepciones del embarazo adolescente en el contexto rural y el conflicto armado y encontraron condiciones de vida de alta vulnerabilidad

de alto estigma social y marcadas demanda de oportunidades sociales, políticas y culturales, equivalentes a las barreras sociales y culturales encontradas en este estudio en atención de la gestación de mujeres rurales en Lourdes.

En las diferentes investigaciones realizadas a nivel internacional y nacional se puede determinar que en las zonas rurales existen diferentes barreras que intervienen en la no adherencia a los controles prenatales y manejo médico de complicaciones durante el embarazo, directamente proporcional a las complicaciones que se pueden presentar en la gestación, parto, periparto, posparto, fetal y neonatal.

Conclusiones

- El estado de gravidez previa que predomina en las gestantes de Lourdes es más de una gestación anterior.
- Una proporción mayor a la mitad (64.32%) de las gestantes estudiadas se dedican a labores del hogar.
- El 52% de la muestra estudiada solo tiene estudios de básica primaria.
- El 72% de las maternas tienen niveles socioeconómicos entre bajos a muy bajos.
- El 44% de las gestantes de la muestra estudiada tiene que recorrer más de 10 km desde su domicilio hasta el Centro de Atención en Salud para asistir a las consultas prenatales.
- El 40% de las gestantes estudiadas se auto medican, con orientación de personal expendedores de las droguerías (farmacias) o trata con remedios caseros las complicaciones en el embarazo, sin asistir a consultas médicas.
- La principal barrera para el acceso de las gestantes a la salud en Lourdes es la barrera geográfica con 36%, seguida por la barrera económica (24%).

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento al Centro de Salud de Lourdes y a la Alcaldía municipal de Lourdes por facilitar información valiosa de la población actual del municipio.

Fuentes de Financiación

Esta investigación fue autofinanciada.

Referencias Bibliográficas

1. Aguilera P, Soothill P. Control Prenatal. Rev medica Los Condes. Base de datos Elsevier; 2014. Vol 15. Numero 6; (880-886). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-control-prenatal-S0716864014706340>
2. Fauveau V, Minca M, Arulkumaran S, Aiga F, Aureli F, Benton D, et al. El Estado de las parteras en el mundo. Secretaria General de las Naciones Unidas. 2011 (iv-v). Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/es_SoWMy_Full_1.pdf
3. Charles J, Lockwood, MD, MHCM, Magripales U, Berghella V, et al. Prenatal care initial assessment. Uptodate. 2022. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/prenatal-care-initial-assessment?search=CONTROL%20PRENATAL%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1
4. Linden C. Ampliación del concepto de seguridad en la prestación de la atención prenatal. National Library of medicine. 2021; 398 (10294): 4-5. DOI: [10.1016/S0140-6736\(21\)00785-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00785-6)
5. Charles J, Lockwood, Magripales, Berghella V, MHCM, et al. Atención prenatal: educación del paciente, promoción de la salud y seguridad de los medicamentos de uso común. Uptodate. 2023. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/prenatal-care-patient-education-health-promotion-and-safety-of-commonly-used-drugs?search=CONTROL%20PRENATAL%20&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H2694649403
6. Charles J, Lockwood, MD, MHCM, Magripales U, Berghella V, et al. Prenatal care: Second and third trimesters. Uptodate. 2022. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/prenatal-care-second-and-third-trimesters?search=CONTROL%20PRENATAL%20&topicRef=112420&source=see_link#H2236266
7. DANE. Situación de las mujeres rurales desde las estadísticas oficiales. Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural. 2022; (5-7). Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/oct-2022-nota-estadistica-mujer-rural-presentacion.pdf>
8. DANE. Estadísticas vitales- Nacimientos y defunciones. 2021; (10-11). Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/pre_estadisticasvitalas_Iltrim_2021pr.pdf
9. DANE. Nacimientos 2022. 2022 (1). Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2022>
10. Gómez P, Arévalo I, Collazos C, Amaya J, Cardona A, Díaz L, et al. Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. 2013; (11-15) 20-30. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/G.Corta.Embarazo.y.parto.Prof.Salud.2013%20\(1\).pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/G.Corta.Embarazo.y.parto.Prof.Salud.2013%20(1).pdf)
11. Moreno A, Bandeh H, Meneses J, Diaz M, Mujica M, Gonzalez J, et al. Control prenatal en el medio rural. Rev Fac Med UNAM. 2008; 51(5). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2008/un085b.pdf>
12. Zong, Z., Huang, J., Sun, X. *et al.* Atención prenatal entre mujeres migrantes de zonas rurales a urbanas en China. *BMC Embarazo Parto* **18** , 301(2018). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1934-7>.
13. Balaguera, C. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. Rev Fac de Med UNAL. 2017 ; 65 (2). DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.59704>

14. Caceres, M. Ruiz, M. Prevalencia de inicio tardío de la atención prenatal. Asociacion con el nivel socioeconómico de la gestante. Estudio de corte transversal . Bucaramanga, Colombia, 2014-2015. Rev Colombiana de Obstetricia y Ginecologia. 2018 ; 69 (1). DOI: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.3034>.
15. Lozano , A , Cala, A , Molina , H. Factores asociados a la no adherencia al programa de control prenatal en las gestantes captadas en la ESE Hospital Integrado de Sabana de Torres. Rev Fac Medicina U CES. 2011 ; Disponible en: https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/1186/Factores_asociados_adherencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=Entre%20los%20factores%20asociados%20a,salud%20y%20el%20matrato%20f%C3%ADsico.
16. FLORES NAVARRO-PEREZ, Carmen et al. Nutr. Hosp. [online]. 2015, vol.32, n.3, pp.1091-1098. Factores sociodemograficos y seguimiento prenatal asociados a la mortalidad perinatal en gestantes de Colombia. ISSN 1699-5198. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.32.3.9179>.
17. Moreno SAA, Bandeh MH, Meneses CJ, et al. Control prenatal en el medio rural. Rev Fac Med UNAM . 2008;51(5):188-192. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2008/un085b.pdf>
18. Criollo, A, Hernández, M . Control prenatal y prevención de riesgo obstétrico en mujeres de un área rural. Riobamba. Rev Fac Ciencias de la salud Universidad Nacional de Chimborazo. 2020 ; Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/7988>
19. Calderon , Y , Lopez, C , Jamiroy , L . Factores sociales, económicos, educativos y de la atención en salud asociados a la no adherencia al control prenatal de las gestantes adolescentes de 10 a 19 años que asisten a la COOEMSanar IP-Pasto , periodo 2017. Rev Fac Med Universidad CES. 2017; Disponible en: <https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/530/Factores%20Sociales%20Atenci%F3n%20Salud.pdf?sequence=1>.
20. Zabarin, S , Fernández , M . Indicadores sociodemográficos, sexualidad y embarazo en adolescentes de Santa Marta –Colombia. Rev Europea de investigación en salud. 2020 ; 6 (2). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/347286777_Indicadores_sociodemograficos_sexualidad_y_embarazo_en_adolescentes_de_Santa_Marta-Colombia#:~:text=Los%20resultados%20muestran%20que%20los,m%C3%A9todos%20anticonceptivos%2C%20embarazo%20no%20planificado. DOI: <https://doi.org/10.30552/ejhr.v6i2.213>
21. Cordoba , A , Niño , I . Factores de riesgo obstétrico , clínico y puerperio en el embarazo en mujeres en edad fértil. Rev Universidad Cooperativa de Colombia. 2019; Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/298316a1-89ac-42fb-9eba-73883a7ca20a/content>.
22. Jimenez , S , Bravo , Y , Rivero , Y . Automedicarse en el embarazo, acto de doble irresponsabilidad. Acta Med del centro. 2015; 9 (1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2015/mec151k.pdf>
23. Ota E, da Silva Lopes K, Middleton P, Flenady V, Wariki WMV, Rahman MO, Tobe-Gai R, Mori R. Intervenciones prenatales para prevenir la muerte fetal, la pérdida fetal y la muerte perinatal: una descripción general de las revisiones sistemáticas Cochrane. Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2020, Número 12. Art. N°: CD009599. DOI: [10.1002/14651858.CD009599.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009599.pub2). Consultado el 3 de febrero de 2023.
24. April Sutton, Daniel T. Lichter y Sharon Sassler , 2019 : Disparidades rural-
urbanas en intenciones de embarazo, pública 109 , 1762_1769, DOI:
nacimientos y abortos entre mujeres <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305318>
adolescentes y jóvenes de EE. UU., 1995-
2017. Revista estadounidense de salud

26. Palacios-Perdomo, H., Acosta-Ramírez, N. Percepciones del embarazo adolescente en el contexto rural y el conflicto armado colombiano: un enfoque cualitativo basado en la determinación social de la salud. *Int J Equity Health* 20 , 232 (2021). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01568-2>