

**RESULTADO OBSTÉTRICO EN BINOMIOS MADRE E HIJO CON ATENCIÓN
PRENATAL INCOMPLETA DICIEMBRE 2018- MARZO 2019**

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA



ANGIE CATHERYN RODRÍGUEZ CAMELO
EDWIN ARLEY LÓPEZ PÉREZ
MARIANA FELISA CASTAÑO ORTIZ

ASESORA: LISNEY MARYORI ARENAS HERNÁNDEZ
ENFERMERA
ESPECIALISTA EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
MEDELLÍN, COLOMBIA

2018

CARTA DE ACEPTACIÓN



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

NOTA DE ACEPTACIÓN

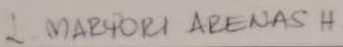
Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto de Grado: "**Resultado obstétrico en binomios madre e hijo con atención prenatal incompleta, en una Clínica de Medellín en el periodo diciembre 2018 - marzo 2019**", elaborado por los estudiantes EDWIN ARLEY LÓPEZ PÉREZ, MARIANA FELISA CASTAÑO ORTIZ, ANGIE CATHERYN RODRÍGUEZ CAMELO del programa de ENFERMERIA, nos permitimos conceptuar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Facultad de Ciencias de la Salud y por lo tanto se declara como:

APROBADO- SOBRESALIENTE

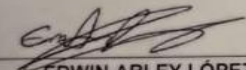
Medellín, 16 de Octubre del 2019



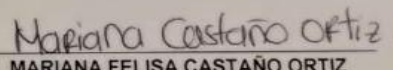
JORGE SÁNCHEZ
Coordinador Investigación FCS



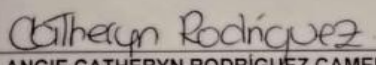
LISNEY MARYORI ARENAS
Assessor



EDWIN ARLEY LÓPEZ PÉREZ
Estudiante



MARIANA FELISA CASTAÑO ORTIZ
Estudiante



ANGIE CATHERYN RODRÍGUEZ CAMELO
Estudiante

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer principalmente a Dios, quién fue el que nos ayudó a seguir adelante con cada obstáculo que se nos presentaba, a nuestra querida asesora Maryori Arenas Hernández, pues con su dedicación, pasión y paciencia nos motivó a continuar con esta investigación, brindando su apoyo incondicional e intelectual para la culminación de la misma.

De igual manera, agradecer a la docente Cielo Rebeca Martínez, quien, con sus conocimientos, nos dirigió durante todo este proceso, para hacernos mejores personas e incentivar en nosotros el espíritu investigativo.

Y por supuesto, queremos agradecer a nuestros padres y familia por su apoyo e inquebrantable fe en nuestro proceso académico, por entender cada minuto de ausencia debido a la dedicación continua de nuestras labores investigativas y universitarias; sin ellos este logro no sería posible.

Catheryn, Edwin y Mariana

RESUMEN DE PROYECTO DE GRADO

Corporación Universitaria Adventista

Facultad: Ciencias de la Salud

Programa: Enfermería

Título:

**RESULTADO OBSTETRICO EN BINOMIOS MADRE E HIJO CON ATENCIÓN
PRENATAL INCOMPLETA DICIEMBRE 2018- MARZO 2019**

ANGIE CATHERYN RODRÍGUEZ CAMELO

EDWIN ARLEY LÓPEZ PÉREZ

MARIANA FELISA CASTAÑO ORTIZ

LISNEY MARYORI ARENAS HERNANDEZ

ENFERMERA

ESPECIALISTA EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

Fecha de terminación del proyecto: 3 de octubre del 2019

RESUMEN

El control prenatal está reglamentado internacionalmente por la Organización Mundial de la Salud como el primer elemento de prevención y cuidado durante el embarazo para prevenir, identificar e intervenir tempranamente algunas complicaciones que se presenten. Muchas mujeres optan por no asistir a los controles, lo que provoca que no se conozca el estado de su proceso de gestación pudiéndose no identificar algún problema durante el mismo. Por lo anterior, el presente proyecto tiene como objetivo establecer cuál fue el resultado obstétrico en binomios madre e hijo con atención prenatal incompleta; igualmente se busca realizar una caracterización del grupo de binomios y con ello determinar la aparición de enfermedad y/o complicaciones para el binomio madre e hijo. Para esto se recolectaron 88 historias clínicas de binomios a conveniencia que cumplieran con los criterios de selección, se extrajo la información necesaria y se recolectó en una matriz elaborada en excel sin haber manipulado los datos o intervenido en la población. Esta investigación se realizó en una clínica de tercer nivel de la ciudad de Medellín, durante el periodo diciembre 2018 hasta marzo 2019. Dentro de los resultados arrojados se encontró que un 20% de las pacientes, viven en una zona rural, así mismo se encontró que el 6,8% no fueron a los controles, por otro lado, 20,5% asistieron de 1 a 4 controles, un total de 32% presentaron enfermedades durante la gestación y el 11,4% tuvieron complicaciones durante el parto, también un 32% de las pacientes presentaron desgarros y un 5% de estas se clasificaron como desgarros grado 3 y 4. En cuanto a la vía del parto la cesárea con el parto vértice instrumentado sumaron un total de 50% del global de la población. Se concluyó que los trastornos hipertensivos de la gestación, la diabetes gestacional y el hipotiroidismo congénito fueron el grupo de enfermedades que más se presentaron; por otro lado, del total de las pacientes, 7.9% de ellas presentaron complicaciones. Además, en la mitad de las puérperas se encontró que la vía del parto fue cesárea y parto vértice instrumentado.

PALABRAS CLAVES: Enfermería, control prenatal, asistencia, resultado obstétrico, puerperio.

ABSTRACT

Prenatal control is internationally regulated by the World Health Organization as the first element of prevention and care during pregnancy to prevent, identify and intervene early on some complications. Many women choose not to attend the check-ups, which causes the state of their gestation process to be unknown and it may not be possible to identify any problems during it. In view of the foregoing, the present project aims to establish the obstetric outcome in mother-child binomials with incomplete prenatal care; It is also sought to characterize the group of binomials and thereby determine the appearance of disease and /or complications for the mother-child binomial. For this purpose, 88 clinical histories of suitable binomials that met the selection criteria were collected, the necessary information was extracted and collected in an Excel-based matrix without manipulating the data or intervening in the population. This research was carried out in a third level clinic in the city of Medellín, during the period December 2018 to March 2019. The results showed that 20% of the patients live in a rural area, while 6.8% did not go to the controls, 20.5% attended 1 to 4 controls, a total of 32% had diseases during pregnancy and 11.4% had complications during childbirth, also 32% of the patients also had tears and 5% of these were classified as grade 3 and 4 tears. 32% of the patients also had tears and 5% of these were classified as grade 3 and 4 tears. In terms of track in the case of delivery, the C-section with the instrumented vertex birth accounted for a total of 50% of the total population. It was concluded that hypertensive disorders of gestation, gestational diabetes and congenital hypothyroidism were the group of diseases that most occurred; on the other hand, of the total of patients, 7.9% of them had complications. In addition, in half of the puerperas it was found that the route of the childbirth was cesarean section and instrumental vertex birth.

KEY WORDS: Nursing, prenatal control, assistance, obstetric outcome, puerperium.

INTRODUCCIÓN

Desde las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se concibe a la atención prenatal como la herramienta por excelencia para el control de la gestación, ya que esta representa un escenario desde el cual se puede promocionar la salud del binomio madre e hijo, prevenir la enfermedad identificando factores deteriorantes, e intervenir tempranamente complicaciones y amenazas para la salud materno fetal. Ahora bien, pese a los esfuerzos mundiales muchas mujeres no asisten a la atención prenatal por múltiples causas, lo que conlleva a un pobre reconocimiento de factores que pueden traducirse en un daño para la salud del binomio alterando el resultado obstétrico de su gestación. (1). Se resalta además, los altos índices de morbimortalidad materna y perinatal en aquellos países tercermundistas en donde se evidencia las consecuencias de no brindar un cuidado integral al binomio madre e hijo. Así mismo, El Análisis de Situación de Salud en Colombia (ASIS) 2017 menciona que, durante el periodo neonatal las muertes anuales tienden a aumentar durante esta etapa, debido a que la salud de las madres representa un factor común en las muertes neonatales. (2). Por lo anterior, la presente investigación desea establecer cuál es el resultado obstétrico de las gestantes que tuvieron una atención prenatal incompleta, identificando las características sociodemográficas (edad, estado civil, nivel de escolaridad, lugar de residencia y seguridad social) de las puérperas, además de establecer la frecuencia de aparición de enfermedad de la madre y el niño durante la gestación, como también determinar la frecuencia de aparición de complicaciones del binomio madre e hijo durante el parto.

TABLA DE CONTENIDO

1.	CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.2	Justificación.....	17
1.3	Pregunta de investigación.....	18
1.4	Objetivo general	18
1.4.1	Objetivos específicos	19
1.5	Viabilidad de la investigación	19
1.6	Alcance de la investigación.....	19
1.7	Delimitaciones de la investigación	19
1.8	Limitaciones de la investigación	20
2.	CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	21
2.1	MARCO CONCEPTUAL.....	21
2.1.1	Control prenatal	21
2.1.2	Salud materna	21
2.1.3	Factor de riesgo	21
2.1.4	Neonato	21
2.1.5	Puerperio	22
2.1.6	Puerperio inmediato.....	22
2.1.7	Resultado obstétrico.....	22
2.2	MARCO REFERENCIAL	22
2.2.1	RESULTADO OBSTÉTRICO EN LA SALUD DEL BINOMIO	22
2.3	MARCO INSTITUCIONAL.....	27
2.3.1	Historia.....	27

2.3.2	Misión	27
2.3.3	Visión	28
2.3.4	Portafolio de servicios.....	28
2.3.5	Ubicación geográfica	28
2.4	MARCO LEGAL.....	28
2.4.1.	Según la Constitución Política de Colombia en su Título 2, Capítulo 2, Artículo 49	28
2.4.2.	La ley 0412 del 2000 encargada de regular la atención prenatal en Colombia	29
2.4.3.	Ley 823 del 2003	29
2.4.4.	Decreto número 1011 de 2006	30
2.4.5.	Ley 1438 del 2011	30
2.4.6.	Acuerdo número 31 de 2012	30
2.4.7.	Sentencia T-115 del 2010.....	30
2.4.8.	Circular 051 del 2008.....	31
2.4.9.	Modelo de seguridad para la atención de la emergencia obstétrica en instituciones de salud.....	31
2.4.10.	Resolución Número 003202 del 2016	31
2.5	MARCO DISCIPLINAR	31
3.	CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA	35
3.1	TIPO DE ESTUDIO	35
3.2	POBLACIÓN	35
3.3	UNIDAD DE ANÁLISIS	35
3.4	CRITERIOS DE SELECCIÓN	36
3.4.1	Criterios de inclusión	36
3.4.2	Criterios de exclusión	36

3.4.3	Criterios de eliminación	36
3.5	RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	36
3.6	TABLA DE VARIABLES	37
3.7	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	41
3.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	41
4.	CAPÍTULO 4. RESULTADOS	42
4.1	CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA	42
4.1.1	Edad de la paciente en el momento del parto	42
4.1.2	Zona de residencia de las pacientes	42
4.1.3	Grado de escolaridad de las pacientes	43
4.1.4	Estado civil de las pacientes	44
4.1.5	Cobertura en salud de las pacientes	44
4.2	VARIABLES MATERNAS.....	45
4.2.1	Semanas de gestación	45
4.2.2	Numero controles prenatales asistidos.....	46
4.2.3	Presencia de enfermedades durante la gestación.....	46
4.2.4	IMC según Atalah de las pacientes.....	47
4.2.5	Desgarros que se presentaron en las pacientes	48
4.2.6	Tipos de desgarro	49
4.2.7	Planeación del embarazo.....	50
4.2.8	Vía del parto	51
4.3	VARIABLES NEONATALES	52
4.3.1	Sexo del neonato.....	52
4.3.2	Presencia de complicaciones en el neonato	52
4.3.3	Tipos de complicaciones	53

4.3.4	Peso de los neonatos	53
4.3.5	APGAR tomado al minuto del nacimiento	54
4.3.6	APGAR a los 5 minutos.....	54
4.4	ANÁLISIS BIVARIADO	55
4.4.1	Control prenatal y vía del parto	55
4.4.2	Control prenatal y planeación del embarazo	57
4.4.3	Planeación del embarazo y vía del parto.....	58
4.4.4	Vía del parto y complicaciones	59
5.	CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN	60
6.	CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	68
6.1	CONCLUSIONES	68
6.2	RECOMENDACIONES	69
7.	REFERENCIAS	70
8.	ANEXOS	76
8.1	ANEXO 1. TABLA DE PRESUPUESTO.....	76
8.2	ANEXO 2. CRONOGRAMA	77
8.3	ANEXO 3. AVAL COMITÉ DE ETICA UNAC	78
8.4	ANEXO 4. INSTRUMENTO DE RECOLECIÓN DE DATOS EN EXCEL.....	82
8.5	CERTIFICADO ASISTENCIA ENCUENTRO INTERNO DE SEMILLEROS UNAC.....	83
8.6	CERTIFICADO PARTICIPACIÓN XVIII ENCUENTRO DEPARTAMENTAL DE SEMILLEROS DE INVESTIGACIÓN, NODO ANTIOQUIA	87
8.7	CERTIFICADO PARTICIPACIÓN V ENCUENTRO NACIONAL DE SEMILLEROS DE INVESTIGACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD	88

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Edad de la paciente en el momento del parto	42
Tabla 2 Semanas de gestación	45
Tabla 3 Número de controles prenatales asistidos.....	46
Tabla 4 Presencia de enfermedades durante la gestación	46
Tabla 5 Tipos de desgarro	49
Tabla 6 Sexo del neonato	52
Tabla 7 Presencia de complicaciones en el neonato	52
Tabla 8 Tipos de complicaciones	53
Tabla 9 Peso de los neonatos.....	53
Tabla 10 APGAR tomado al minuto del nacimiento	54
Tabla 11 APGAR tomado a los 5 minutos del nacimiento	54
Tabla 12 Control prenatal y vía del parto.....	55
Tabla 13 Control prenatal y planeación del embarazo.....	57
Tabla 14 Planeación del embarazo y vía del parto	58
Tabla 15 Vía del parto y complicaciones	59
Tabla 17 Tabla de presupuesto	76
Tabla 18 Cronograma.....	77

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 zona de residencia de las pacientes	42
Gráfico 2 grado de escolaridad de las pacientes.....	43
Gráfico 3 Estado civil de las pacientes	44
Gráfico 4 Cobertura en salud de las pacientes.....	44
Gráfico 5 IMC según Atalah de las pacientes durante su gestación.....	47
Gráfico 6 Desgarros presentaron en las pacientes	48
Gráfico 7 Planeación del embarazo	50
Gráfico 8 Vía del parto.....	51

1. CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El control prenatal es una medida importante para preservar la salud del binomio madre-hijo, pues evalúa la progresión normal del embarazo y permite detectar tempranamente la aparición de problemas maternos o fetales que podría afectar su bienestar, de esta manera contribuye a disminuir la mortalidad materna y perinatal.(3)

A pesar de esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que “Las preocupantes estadísticas de morbilidad materna y perinatal en los países en desarrollo reflejan las consecuencias de no brindar un buen cuidado materno y perinatal”. (1). De igual forma, se ha observado que en los países tercermundistas, los programas de atención prenatal son mal implementados, ocasionando irregularidad en la asistencia a las visitas clínicas, tiempos de espera para la atención y una mala respuesta en el cuidado de las mujeres; conllevando a visitas clínicas poco frecuentes por parte de las gestantes.(1)

Por esto mismo, Rico Venegas et al, realizaron una investigación en la cual se comparó el modelo estándar de control prenatal con un nuevo modelo de la OMS que limita el número de consultas a las clínicas y restringe los exámenes, los procedimientos clínicos y las acciones de seguimiento a aquellos que han demostrado por medio de sólida evidencia, que mejoran los resultados maternos y/o perinatales. El adecuado control del embarazo es un requisito para eliminar una buena parte de los riesgos que pueden influir sobre el resultado perinatal y hasta el momento se cree que lo ideal es que una gestante tuviera muchos contactos con el sistema de salud para tener una monitorización continua de todas las variables fisiológicas del embarazo y en caso de alguna desviación de inmediato tomar las medidas correctivas pertinentes. Por otro lado crece la evidencia de que por sí solo un número alto de consultas prenatales no es un predictor de un buen resultado perinatal por lo tanto es importante averiguar cuál es el impacto del control prenatal sobre el resultado obstétrico y fetal. (4)

Del mismo modo, en una investigación realizada en Uruguay, la Doctora María Eugenia Verde et al, mencionaron que casi el 80% de las pacientes presentan embarazos anteriores y de estas aproximadamente un tercio tuvieron nacimientos pretérmino, a pesar de lo cual no controlaron su embarazo actual. Esto demuestra que un mal resultado obstétrico no estimuló el control de embarazos posteriores en estas pacientes, pero tampoco ha sido referido como la causa de no control. (5)

También, García Arturo, menciona que el embarazo en adolescentes se asocia al aumento de complicaciones maternas y fetales como embarazo pretérmino, bajo peso al nacer, ruptura prematura de membranas, enfermedad hipertensiva del embarazo, calificación de Apgar baja y mortalidad perinatal. Condiciones halladas con una frecuencia de 30% mayor que en embarazadas adultas. (6)

En consecuencia, una de las problemáticas que más se presenta en los servicios de trabajo de parto de los hospitales, son las complicaciones maternas fetales que aumentan el riesgo de muerte. Según la OMS “La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.”(7)

Del mismo modo, según el Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME), de la Universidad de Washington: “en el 2013 hubo 292.000 muertes maternas en todo el mundo, la mayoría de estas muertes (>99%) correspondió a países en desarrollo. La atención prenatal es una herramienta fundamental que puede potencialmente evitar muertes y complicaciones, y es además un indicador de la calidad del sistema de salud del país.”(8)

Por otra parte, el Análisis de Situación de Salud en Colombia (ASIS) 2017 manifiesta que, cerca del 41% de las muertes anuales en menores de cinco años ocurren durante el periodo neonatal y esta proporción tiende a aumentar en el tiempo, dado que la salud de las madres es un factor común en las muertes neonatales. (2)

Considerando lo anteriormente dicho, los controles prenatales son de vital importancia porque proporcionan una mejor perspectiva al personal de salud y binomio en caso de presentarse alguna patología durante el embarazo, complicaciones durante el parto o en las siguientes horas de vida del neonato, para actuar de manera acertada y así disminuir morbimortalidad materno-fetal.

El mismo documento informa que, se ha observado que la mortalidad por afecciones del periodo perinatal se da principalmente por trastornos respiratorios específicos en un 41.1%. El subgrupo del resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal causó el 23,9% de las muertes, seguido se encuentra la sepsis bacteriana del recién nacido con un 16,2% por consiguiente; se debe recalcar la importancia de la asistencia a los controles prenatales para lograr una reducción significativa de estas causas que pueden ser prevenibles llevándose un registro en cada atención sobre aquellos posibles factores de riesgos que presente cada gestante. (2)

No obstante, el A.S.I.S. Antioquia 2016 informa que “Las tasas de mortalidad neonatal en el departamento son muy similares a las observadas en el país, exhibiendo tendencia a la disminución” por lo que se puede deducir que aunque la zona rural es la más desprotegida, si se han realizado proyectos y acciones encaminadas a disminuir la muerte neonatal; sin embargo deja ver que prestando más cubrimiento, compromiso y calidad en la atención a la gestante desde la asistencia a los controles prenatales, se puede ver reducciones significativas en las tasas de afectaciones del binomio madre-hijo. (9)

De manera análoga, el mismo documento menciona que “En los análisis de la mortalidad materna realizados en los años pasados se han identificado aspectos preocupantes como el mayor riesgo de las mujeres del área rural con respecto a las del área urbana; el tema del fortalecimiento de los primeros y segundos niveles de los municipios más críticos, así como de los sistemas de referencia se vuelve central cuando se analiza el sitio de muerte” (9), lo que deja reflejado que el cubrimiento de la asistencia a la materna en la parte rural es más

vulnerable y que no hay una captación correcta de gestantes que refleje un beneficio para todo el estado perinatal.

Por otro lado, en una investigación realizada en Bucaramanga, titulada “Ingreso Temprano al Control Prenatal en una Unidad Materno Infantil” se estimó que el incumplimiento a dichos controles son uno de los problemas más significativos en la población, pues como se ha mencionado anteriormente, hay un alto porcentaje de gestantes que aun teniendo la oportunidad de asistir a la cita no cumplen con ella; lo que aumenta la probabilidad de morbimortalidad materna y fetal. (7)

Al indagar sobre las actualizaciones que se han realizado en los controles prenatales, se encontraron los principios que respaldan al nuevo modelo de atención a la gestante de la OMS, en donde se plantea que: éste debe incluir un formulario simple que pueda usarse fácilmente para identificar a las mujeres con patologías especiales y/o aquellas con riesgo de desarrollar complicaciones; dichas mujeres deben ser derivadas a un nivel de atención de mayor complejidad. Además, la identificación de las féminas con patologías especiales o con factores de riesgo para desarrollar complicaciones debe ser minuciosa. En el 2016 la OMS aporta una guía sobre atención prenatal para mejorar la experiencia de las gestantes en su cuidado prenatal, lo que dice que hay muchas acciones internacionales por mejorar su calidad e indica por lo tanto que el problema sigue presente y es de gran interés en la región y en todo el mundo. (1)

De igual manera, según Sánchez, Et al (2005): “refieren que el control prenatal adecuado (más de cinco consultas con inicio en el primer trimestre del embarazo), impacta en la prevención del síndrome de insuficiencia respiratoria en el neonato, el bajo peso al nacimiento y la prematurez, ya que evitarla es uno de los propósitos del control prenatal.” (10)

Es importante anotar además, que la falta de oportunidad y continuidad de la atención prenatal conlleva a partos distócicos que culminan en cesáreas, lo que aumenta el costo del cuidado en la púérpera y el recién nacido, de ahí la importancia de que las acciones que se realicen en los controles sean congruentes con las necesidades de la población y además que

sean previamente planificadas por los profesionales de salud, como lo afirman Sánchez et al. (10)

Por tanto, es indispensable el inicio temprano de la atención a la gestante, pues esta permite el seguimiento adecuado, al igual que una detección y tratamiento oportuno para las posibles alteraciones que presenten las gestantes y esto ponga en riesgo la salud del binomio. (11)

Consecuentemente, se enriquece la calidad de la atención al conocer el estado de salud de la gestante con anticipación mejorando la calidad de vida para el binomio madre-hijo, aún en adolescentes embarazadas a quienes se logra referir para apoyo psicológico y terapia familiar.

Por ende, esta investigación quiere mostrar un panorama de las consecuencias del no acudir a los controles prenatales y así incentivar la asistencia al mismo, pudiéndose reducir la morbimortalidad materno-fetal. Todo lo anterior se puede lograr si la madre se empodera de su rol maternal preocupándose por su proceso de gestación, como lo menciona Ramona Mercer, y como resultado se presentarán a las citas asignadas. (12) Consecuente a eso, se pretende dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Cuál es el resultado obstétrico en binomios madre e hijo con atención prenatal incompleta?

1.2 JUSTIFICACIÓN

En Colombia el cuidado del binomio madre e hijo es priorizado debido a las altas tasas de muertes que se presentan en consecuencia a las complicaciones durante el embarazo, trabajo de parto y puerperio; como evidencia el Instituto Nacional de Salud de Colombia en el 2018, develó que, la mortalidad perinatal y neonatal tardía tiene un comportamiento de incremento con un promedio de casos notificados al año de 8 453.

Lo anterior, puede ser debido a tener unas necesidades básicas no satisfechas, un alto índice de pobreza multidimensional, lo que aumenta las barreras de acceso a los servicios de salud, sin poder asistir al control prenatal, afectando este la asistencia antenatal, del parto y del recién nacido.

Ahora bien, los mayores de número de estas muertes son registradas en el periodo perinatal, con predominio de bebés con condiciones de prematuridad, bajo peso y una restricción del crecimiento intrauterino. (13)

Con lo anteriormente descrito se dice que las muertes maternas son evitables teniendo un correcto conocimiento y uso efectivo de las tecnologías presentes. Así mismo la muerte de una mujer o su deterioro de salud traen consigo consecuencias graves tanto para el bienestar de una familia como comunidad y nación, debido a que, no solo se encuentra en edad reproductiva sino en edad productiva.

Se menciona además que en las adolescentes, la morbimortalidad bien sea materna o fetal es mayor que en el resto de las gestantes, teniendo en cuenta que a esta edad se incrementa el riesgo, pues se guarda una relación estrecha con hipertensión asociada al embarazo, hemorragias posparto, anemia, bajo peso y parto pre termino, entre otros. (14)

Debido a lo anterior, la importancia de esta investigación consiste en determinar cómo el resultado obstétrico se puede afectar con la atención prenatal incompleta y como esta puede representar un factor de riesgo importante tanto en la morbimortalidad materna como perinatal. Por tanto, se espera obtener resultados que afirmen la hipótesis previamente descrita; de igual manera se busca que las gestantes se adhieran a los controles prenatales para así mejorar su resultado obstétrico.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el resultado obstétrico en binomios madre e hijo con atención prenatal incompleta?

1.4 OBJETIVO GENERAL

Establecer el resultado obstétrico en binomios madre e hijo con atención prenatal incompleta, en una clínica de Medellín en el periodo diciembre 2018- marzo 2019.

1.4.1 Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas (edad, estado civil, nivel de escolaridad, lugar de residencia y seguridad social) de las puérperas.
- Establecer la frecuencia de aparición de enfermedad de la madre y el niño durante la gestación.
- Determinar la frecuencia de aparición de complicaciones del binomio madre e hijo durante el parto

1.5 VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Para la realización de la investigación se contó con recursos económicos, la infraestructura y la población; además, es un tema de interés para la salud, pues aportará en el mejoramiento de la adherencia al programa de detección de alteraciones durante el embarazo, y por tanto a la salud de la población materna infantil.

1.6 ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio desarrollado tiene como alcance conocer cuáles son los resultados obstétricos del binomio madre- hijo de las pacientes que no asisten al programa del control prenatal, en La Clínica del Prado de la ciudad de Medellín.

Los aspectos puntuales que abarcará serán la identificación de aquellas puérperas que tuvieron una asistencia incompleta a la atención prenatal, dentro de lo cual se analizará específicamente: condiciones médicas de aparición en la gestación y complicaciones dadas en el binomio durante el parto y el puerperio inmediato.

1.7 DELIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación se realizó con base a historias clínicas de puérperas en una Clínica de tercer nivel de la ciudad de Medellín, Antioquía; Se desarrollará desde el mes de diciembre de 2018 con una extensión máxima hasta mayo del 2019. Allí se seleccionaron con características específicas como: primíparas y secundíparas y control prenatal incompleto,

Con el fin de establecer los resultados obstétricos del binomio madre e hijo con atención prenatal incompleta.

1.8 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

En esta investigación se tienen como limitantes aquellas inherentes a la fuente de información como lo son: Historias clínicas que no tengan los datos de criterios de inclusión e historias clínicas que demanden ambivalencias en los datos de recuperación, lo último dado a que varios profesionales de diferentes disciplinas describen los mismos eventos en diferente tiempo.

2. CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO CONCEPTUAL

2.1.1 Control prenatal

Es un programa que tiene como objetivo identificar e intervenir tempranamente por el equipo de salud, la mujer y su familia los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, con el fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas para la madre y su hijo. (15)

2.1.2 Salud materna

Comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, al parto hasta el posparto. Aunque la maternidad es a menudo una experiencia positiva, para demasiadas mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso de muerte. (16)

2.1.3 Factor de riesgo

Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. (16)

2.1.4 Neonato

Un neonato también se denomina recién nacido. El período neonatal comprende las primeras 4 semanas de la vida de un bebé. (17)

2.1.5 Puerperio

Como lo define Williams (18), la palabra puerperio se deriva del latín puer, niño, y parus, dar a luz. En la actualidad define al intervalo después del parto durante el cual los cambios anatómicos y fisiológicos maternos inducidos por el embarazo regresan al estado basal antes de la gravidez. En consecuencia, su duración es poco precisa, pero se le considera de cuatro semanas a seis meses. A pesar de ser mucho menos complejo que el embarazo, el puerperio tiene una serie de cambios apreciables, algunos de los cuales son molestos o preocupantes para la nueva madre. Es importante señalar que en ocasiones aparecen complicaciones, algunas de las cuales llegan a ser graves.

2.1.6 Puerperio inmediato

Primeras 24 horas posparto. Periodo que va desde el momento en que se da el alumbramiento hasta que el organismo de la mujer vuelve a la normalidad. (18) (19)

2.1.7 Resultado obstétrico

Según Rico Venegas, RM Et Al, Jiménez Cabañas M, Et Al, menciona que el resultado materno (vía del parto, tipo de parto, edad gestacional al parto) y perinatal (peso del recién nacido, reanimación) depende de un adecuado control del embarazo, pues es un requisito para eliminar una buena parte de los riesgos, que puedan influir sobre el mismo. (4) (20)

2.2 MARCO REFERENCIAL

2.2.1 RESULTADO OBSTÉTRICO EN LA SALUD DEL BINOMIO

Se ha determinado que el embarazo en edades tempranas entre 11 y 19 años, se ha convertido en un problema mundial, como se evidencia en un estudio realizado en México en donde muestra que los resultados obstétricos de los embarazos en la adolescencia presentan una menor asistencia al control prenatal, hipertensión en el embarazo siendo más representativa

en mujeres menores de 15 años, esto se atribuye a los procesos fisiológicos de esta edad, y en la terminación de un parto pretérmino. (6)

De igual manera, en otra investigación llevada a cabo en el mismo país para mirar el control prenatal vs resultado obstétrico perinatal, se menciona que en general los modelos de control prenatal actualmente no son sometidos a un examen científico riguroso para así poder especificar su efectividad. Se observa, además, que en los países en desarrollo son mal implementados, encontrándose deficiencias y visitas clínicas irregulares por parte de las gestantes, debido a los largos tiempo de espera y mala atención en el cuidado de las mujeres. Así pues, se encontró como resultado que las complicaciones maternas fueron con proporciones muy similares en madres con (16.9%) y sin (17.5%) control prenatal; definiéndose entonces que no existe asociación entre una variable y la otra. (4)

2.2.1.1 Factores psicosociales relacionados con la inasistencia al control prenatal.

Se ha observado que los países en desarrollo el programa de control prenatal se ha brindado de manera deficiente, además con visitas irregulares por parte de las gestantes, largos tiempos de espera y mala adherencia en el cuidado de las embarazadas. Se debe resaltar las inquietantes estadísticas de la morbilidad materna y perinatal en los países en vía de desarrollo por no dar un cuidado al binomio de manera integral. Sin embargo, en estos países se ha recomendado programas de control prenatal que sigan con los lineamientos que se usan en él, incorporando en ellos las condiciones locales; no obstante, la mayoría de éstos no se han presentado a una rigurosa evaluación científica para determinar su efectividad. (21)

Por otro lado, en una investigación realizada en Bolívar, Colombia, en donde se mencionan los factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios se recalca que la falta de asistencia de las gestantes al control prenatal implica múltiples riesgos y que determinadas variables como personales, familiares y sociales determinarán la asistencia regular a estas citas. Se puede decir entonces que la participación de la gestantes en las citas prenatales disminuye la morbilidad tanto materna como fetal, puesto que, si esta realiza la captación temprana al centro de salud se hará un seguimiento y detección precoz de las

alteraciones; sin embargo, se debe tener en cuenta que un correcto control prenatal adecuado no es comenzar de manera tardía el programa; por tanto, este estudio reafirma que el no tener una asistencia completa a estos traerá consigo futuros efectos durante el puerperio. (22)

- Afiliación de la paciente.

Con respecto a este tópico, Pérez et al, identificaron en su estudio los factores asociados al uso del control prenatal por mujeres embarazadas del Distrito de Cartagena, que la afiliación en salud es una variable determinante para acceder al centro de atención por parte de las gestantes de dicha ciudad, puesto que, algunas por no estar afiliadas no se presentan al hospital o realizan trámites que son demorados y esto retarda su ingreso a la captación prenatal. En efecto, los autores resaltan que es de vital importancia la afiliación de una gestante a una EPS, teniendo en cuenta, que son altos los riesgos que se corren sino se lleva un control en la gestación o si la gestante se encuentra enferma y no tiene los medios para ser atendida, se verá alterado su estado de salud e igualmente la del bebé. Por lo tanto, aporta información que sustenta a las madres la trascendencia de estar afiliada al sistema de salud, para así llevar el proceso de embarazo en óptimas condiciones y ser atendida a tiempo. (23)

- Actitud de la familia al inicio y al final del embarazo.

En mención a esto, en la Universidad de Sucre se realizó una investigación, sobre Factores Asociados a la Falta de Asistencia al Control Prenatal y Consecuencias Maternas y Perinatales, la cual aporta información importante pues muestra que el entorno sociocultural determina la conducta de las gestantes adolescentes frente a su salud y embarazo; además mencionan que factores importantes como desmotivación y problemas familiares están asociados de una manera significativa con la falta de asistencia a los controles prenatales; lo cual significan amenaza, daño o desafío para la gestante. (24)

En este sentido, la familia juega un papel importante en un correcto proceso de gestación, pues, si la embarazada cuenta con su red de apoyo asistirá a los controles prenatales, desarrollando un compromiso por su salud y la del nuevo ser; sin embargo, el no tener este

apoyo hace que la gestante tenga temor de hablar sobre su embarazo y por consiguiente ingresará tardíamente a la captación prenatal y asistiría a pocos controles o no lo hará, resultando de este proceso muerte materna y neonatal o en otros efectos en el binomio.

- Actitud de la materna con el hijo por nacer.

“En el momento de la captación prenatal se refleja la madurez materna para comenzar a enfrentar de manera sana el embarazo desde una época muy temprana siendo deseable que la mujer sea captada para su atención prenatal antes de las 14 semanas (I Trimestre), esta es una variable reflejaría de manera indirecta la aceptación del embarazo tanto por parte de la adolescente como de sus familiares.” (25)

De igual forma, Mojica et al, en un su estudio realizado en madres adolescente advierte que éstas no se encuentran en condiciones psicológicas y sociales para enfrentar el proceso de maternidad, pues no hace parte de su proyecto de vida, razón por la que no acuden a los controles prenatales o lo hacen de manera tardía; retardando en muchos casos el diagnóstico del embarazo, a lo cual se suma la falta de recursos disponibles, lo que genera una actitud de inconformidad en el embarazo. Dado que, son un sin número de factores que influyen en la actitud de la gestante con su bebé, se debe tener en cuenta la importancia de la preparación que dicha materna debe tener, para así adaptarse de manera adecuada a su nuevo rol. Por tanto, es necesario recibir una educación sexual oportuna y acertada, para disminuir las tasas de embarazos en la adolescencia y de esta manera atenuar de manera notable la morbimortalidad materna, por la deficiencia de madurez y responsabilidad que afecta el enfrentamiento a este nuevo papel de madre. (26)

2.2.1.2 Factores sociodemográficos relacionados con la inasistencia al control prenatal

- Educación y falta de recursos económicos.

Se ha observado que la falta de conocimiento en sexualidad, esto es, la desinformación asociada con padres de bajo nivel educacional, con tabúes o desconocimiento acerca del

tema. Los mandatos culturales, socioeconómicos y educativos señalan los comportamientos de las adolescentes presentando una conducta deficitaria con respecto a la prevención en salud. Es por esto que los futuros profesionales deben de mejorar las políticas o estrategias institucionales de primer nivel de atención para incentivar los controles prenatales en tiempo y forma en las adolescentes. (27)

Como se afirmó al comienzo, la falta de educación y de recursos económicos conlleva a tener una asistencia a controles prenatales inadecuados, puesto que, las embarazadas no comprenden su importancia, de realizarse las ecografías y exámenes pertinentes para así saber cómo ha evolucionado su gestación o que enfermedades se encontraron durante esta y poder disminuir así la morbimortalidad materna. Otro punto de vista a considerar, es la falta de recursos económicos como limitante para acudir al centro de atención, debido a que si este se encuentra muy retirado de sus hogares no tendrán un sustento económico para encontrarse con el médico o enfermero a cargo del control, teniendo como resultado un inadecuado proceso de gestación. (27)

- Edad, acceso geográfico y calidad del cuidado.

En un estudio realizado en el departamento del Meta, se observó que las barreras más frecuentes en las gestantes que tenían un rango de edad entre 14 a 42 años, para que asistieran a menos de 4 controles prenatales eran: Motivos laborales, escolaridad de la madre, inicio después del primer semestre del embarazo y la mala percepción de calidad de la cita. Por tanto, estos obstáculos que refirieron las gestantes como causa de su inasistencia, están asociados a brechas socioeconómicas e inequidades de la prestación de salud en las diferentes partes del territorio nacional. Del mismo modo el estudio evidencia que el trato humanizado, el respeto y empatía del personal de salud pueden ser una fuerte estrategia para aminorar la inasistencia al control prenatal. (28)

Así mismo, Castillo concluyó que las mujeres mayores de 23 años asisten al control prenatal correctamente, lo que indica que a mayor edad hay mayor grado de responsabilidad con su salud. Con relación a esto, se demuestra que el proceso de gestación es complejo, pues

compromete todos los aspectos de la vida si la embarazada no se adapta a este nuevo rol. Además, se evidenció en este estudio la importancia de la calidad de los controles, para así, disminuir la inasistencia y mejorar la percepción de manera estratégica. (22)

2.3 MARCO INSTITUCIONAL

2.3.1 Historia

El 18 de julio de 1981 se creó la Corporación Universitaria Adventista con el objetivo de impartir la educación post-secundaria en la modalidad universitaria. La UNAC recibió la personería Jurídica No. 8529 el 6 de junio de 1983, expedida por el Ministerio de Educación Nacional.

La UNAC ha trabajado con miras a formar profesionales muy competitivos y de altas calidades morales y espirituales, por ello dentro de su quehacer cotidiano participa en diferentes procesos que velan por la calidad institucional. Se destaca la Acreditación otorgada por la Agencia Acreditadora Adventista (AAA), que ha certificado la calidad de la educación impartida en la UNAC. De igual manera se está participando en los procesos de calidad de la Educación Superior que promueve el Ministerio de Educación Nacional; el Registro Calificado para cada uno de sus programas, se constituye en la etapa previa antes de ingresar a los procesos de Acreditación de Alta Calidad tanto para los programas como para la institución en sí.(29)

2.3.2 Misión

La Corporación Universitaria Adventista declara como su misión: Propiciar y fomentar una relación transformadora con Dios en el educando por medio de la formación integral en las diferentes disciplinas del conocimiento, preparando profesionales competentes, éticamente responsables, con un espíritu de servicio altruista a Dios y a sus semejantes, dentro del marco de la cosmovisión bíblico cristiana que sustenta la Iglesia Adventista del Séptimo Día. (29)

2.3.3 Visión

La Corporación Universitaria Adventista con la dirección de Dios, será una comunidad universitaria adventista con proyección internacional, reconocida por su alta calidad, su énfasis en la formación integral, la cultura investigativa y la excelencia en el servicio, que forma profesionales con valores cristianos, comprometidos como agentes de cambio con las necesidades de la sociedad y su preparación para la eternidad. (30)

2.3.4 Portafolio de servicios

- Facultad de Ciencias de la Salud: se cuentan con dos programas Enfermería Profesional y Tecnología en Atención Pre hospitalaria (APH)
- Facultad de Ciencias Administrativas y Contables
- Facultad de Educación
- Facultad de Ingeniería
- Biblioteca
- Campus Virtual

2.3.5 Ubicación geográfica

Se encuentra ubicada en Medellín – Colombia en la Carrera 84 N 33ª 01, La Castellana

2.4 MARCO LEGAL

2.4.1. Según la Constitución Política de Colombia en su Título 2, Capítulo 2, Artículo 49

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. Estos programas también son mencionados por la OMS, allí se destaca la atención prenatal y se proponen recomendaciones para que el proceso de gestación

sea una experiencia positiva, buscando siempre el bienestar de las mujeres y buenos resultados maternos y perinatales; estos consejos deben adaptarse a la condición de los países. (31)

Asímismo, el artículo 43, explica que la mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de éste subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada. El Estado apoyará de manera especial a la mujer cabeza de familia. Por tanto, en este artículo se evidencia la protección que tiene la mujer gestante por parte del Estado; teniendo priorización en la atención, es decir, que inmediatamente se compruebe el embarazo de la mujer se le realizará captación prenatal rápida y se continuará con los siguientes controles para que el proceso de gestación se lleve en óptimas condiciones. (31)

2.4.2. La ley 0412 del 2000 encargada de regular la atención prenatal en Colombia

Resalta la importancia de identificar los riesgos de las gestantes que presenten durante el embarazo y así realizar intervenciones que mejoren la salud de la embarazada para llevar a cabo un proceso de gestación en óptimas condiciones. Por tanto, esta ley recalca la importancia de asistir a los controles prenatales. (15)

2.4.3. Ley 823 del 2003

Por la cual se dictan normas sobre igualdad de oportunidades para las mujeres, y en su artículo 7 se afirma que el Estado va a proporcionar especial atención y protección a la mujer en embarazo y después de su parto, sin importar que no estén afiliadas a un régimen de seguridad social, en busca de igualdad de oportunidades para la mujer, lo anterior facilitará el contacto de las gestantes con el personal de salud, además de un seguimiento de cada caso específico, incluyendo un control prenatal más efectivo y de calidad. (32)

2.4.4. Decreto número 1011 de 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Este es de suma importancia debido a que todos los servicios que se presten a los pacientes deben ser de manera holística, de tal forma que acá se incluye el control prenatal el cual se debe realizar al binomio de forma integral. (33)

2.4.5. Ley 1438 del 2011

Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. En su artículo 3 establece los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los cuales deben estar siempre presentes para una atención en el control prenatal, es decir, sin discriminación, de manera oportuna y de calidad sin poner ningún beneficio económico para las instituciones y se fortalezca la atención prenatal como una fuerte medida de prevención, siendo esta uno de los principios más importantes en la ley. (34)

2.4.6. Acuerdo número 31 de 2012

Por el cual se agrupa por ciclos vitales el contenido de las coberturas del Plan Obligatorio de Salud para los niños y niñas menores de 18 años contenidos en el Acuerdo 29 de 2011. Este acuerdo facilitará la atención de los recién nacidos que lleguen a nacer con alguna complicación debido a la inasistencia al control prenatal acogiéndolo al Plan Obligatorio de Salud. (35)

2.4.7. Sentencia T-115 del 2010

Que instaure el reconocimiento y pago de la licencia de maternidad, aquí se amplía los beneficios de la gestante en su proceso; el cual hace más llevadero, logrando que la madre esté más tranquila en su puerperio evitando la preocupación económica y brindando ayudas

para su alimentación, promoviendo fortalecer el vínculo afectivo con su hijo y el tiempo a cargo de este. (36)

2.4.8. Circular 051 del 2008

Que propone generar estrategias que permitan el acceso inmediato a los servicios de salud de los sujetos de especial protección como lo son los niños, niñas, adolescentes, tercera edad, mujeres embarazadas, discapacitados, enfermos mentales, de alto costo y demás que sean determinadas en la Constitución o la ley, para tal fin y divulgarlos por lo menos por dos medios de comunicación masiva, antes del 31 de diciembre de 2008. (37)

2.4.9. Modelo de seguridad para la atención de la emergencia obstétrica en instituciones de salud

Es una herramienta que permite evaluar la respuesta institucional de baja, mediana y alta complejidad frente a las emergencias obstétricas, encontrando las causas de las fallas en el proceso de atención a partir de los casos evaluados y construir un plan de mejoramiento. Este modelo permite conocer porque se presentaron las urgencias en las gestantes, permitiendo mejoras en la atención para que allá una reducción en la morbilidad materna. (38)

2.4.10. Resolución Número 003202 del 2016

Se dicta un protocolo de atención a la gestante durante su proceso de concepción hasta el posparto que deben de seguir el personal de salud. Esto con el fin que en cada lugar de Colombia se cuente con un modelo a seguir y se lleve un adecuado registro de la gestación y que no se realicen cuidados diferentes. (39)

2.5 MARCO DISCIPLINAR

Esta investigación, se enmarcó dentro de la teoría de la Adopción del Rol Materno de Ramona Thieme Mercer, quien dio comienzo a su carrera profesional como enfermera en

1950, después de conseguir el diploma en la Escuela de Enfermería St. Margaret en Montgomery (Alabama). Actualmente, la doctora Mercer es profesora emérita de Enfermería de Salud Familiar en la Universidad de California, en San Francisco (R. T. Mercer, curriculum vitae, 2002). (12)

Así mismo, Mercer propone la teoría de la Adopción del Rol Materno, en la cual la madre logra el apego de su hijo, adquiriendo experiencia en su cuidado y percibiendo la alegría y gratificación de su papel; en este rol se propone intervención del entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y demás entidades como fuentes importantes en esta adopción. De ahí que se debe resaltar la necesidad de un buen empoderamiento de la madre y acompañamiento de sus seres queridos, para que asista puntualmente a los controles prenatales programados por el centro de salud y lleve un proceso de gestación positivo. (12)

Esta teoría se sitúa en tres sistemas que son: microsistema, mesosistema y el macrosistema, (12) los cuales Ramona T. Mercer en su teoría los define así:

- **Microsistema:** Es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol materno, que incluye la familia y factores con el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. El microsistema es la parte más influyente en la adopción del rol maternal.
- **Mesosistema:** agrupa, influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema pueden influir en lo que ocurre al rol materno en desarrollo y el niño. Incluye la guardería, la escuela, el lugar de trabajo y otras entidades que se encuentran en la comunidad más inmediata.
- **Macrosistema:** Hace referencia a los prototipos generales que existen en una cultura en particular o en la coherencia cultural transmitida. En las influencias sociales políticas y culturales sobre los otros dos sistemas.

Hasta acá llega la cita textual que tuvo el propósito de ilustrar que significa para la autora los anteriores términos aquí usados.

Para Mercer (12), el metaparadigma enfermero se define de la siguiente manera:

Persona: no da una definición clara de persona; sin embargo menciona que la madre se considera una entidad independiente, pero en interacción con el niño, el padre u otra persona significativa. Ella influye y se deja influir por ambos.

Salud: la percepción que tiene la madre y el padre de su salud anterior, actual y futura, la resistencia- susceptibilidad a la enfermedad, la preocupación por la salud y el rechazo del rol enfermero.

Enfermería: afirmó “las enfermeras son los profesionales sanitarios que mantiene una interacción más prolongada e intensa con las mujeres en el ciclo de la maternidad”. Además que son las responsables de promover la salud en las familias y niños.

Entorno: Ilustra el entorno ecológico en el que se desarrolla la adopción del rol maternal. El estrés ambiental influye tanto en el rol materno como en el paterno y en el desarrollo del niño.

Hasta aquí se toma textualmente lo que Ramona T. Mercer expone en su teoría, con el fin de proporcionar información pertinente al trabajo de investigación para un desarrollo oportuno del marco disciplinar.

En síntesis, la teoría de la adopción del rol materno en su microsistema refleja que éste es el factor más influyente para un buen desarrollo del binomio madre e hijo, pues es allí donde se forma la base para un funcionamiento familiar adecuado que hará más fácil el acogimiento del nuevo ser, así mismo, en el mesosistema se acogen las personas del microsistema; además, se incluye el diario vivir que es capaz de influir en lo que ocurre al rol maternal en desarrollo y el niño. En el macrosistema se engloba las anteriormente mencionadas, adicionando el sistema de salud que es de vital importancia para llevar un proceso de gestación en óptimas condiciones, encontrándose aquí la asistencia a los controles prenatales.

Por esto se incluye la teoría como medio facilitador de la interacción entre la madre y redes de apoyo para un desenlace positivo entre el rol maternal y las distintas formas de apoyo.

3. CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

La investigación fue de tipo descriptivo, pues se estableció cual fue el resultado obstétrico de binomios madre e hijo con atención prenatal incompleta. No se manipuló la muestra o se realizó intervención alguna. De igual manera fue de medición transversal, es decir, se realizó una vez en el tiempo, tomando la información según la dinámica de llegada de las pacientes durante el periodo de diciembre 2018 hasta marzo 2019, así mismo, este fenómeno de ocurrencia fue retrospectivo, por lo cual los datos que se obtuvieron fueron de tiempo pasado, y retrolectivo pues las fuentes de información eran secundarias, en este caso, la historia clínica.

3.2 POBLACIÓN

De una población de 220 historias clínicas de mujeres en postparto, se extrajo una muestra por conveniencia de 88 historias de pacientes que estuvieron hospitalizadas en una clínica de tercer nivel de la ciudad de Medellín en el período de Diciembre de 2018 a Marzo de 2019, que cumplieron el criterio de atención prenatal incompleta.

3.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

Binomio madre e hijo que estuvieron en una clínica de tercer nivel de la ciudad de Medellín en el periodo de Diciembre de 2018 a Marzo de 2019, que cumpla con los criterios de selección.

3.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.4.1 Criterios de inclusión

- Pacientes primíparas o secundíparas.
- Puérperas que hayan acudido a 7 o menos controles prenatales.
- Estar hospitalizadas en una clínica de tercer nivel de la ciudad de Medellín en el periodo de Diciembre de 2018 a Marzo de 2019.

3.4.2 Criterios de exclusión

- Pacientes cuyas historias clínicas no abarcan la información suficiente requerida en la investigación.

3.4.3 Criterios de eliminación

- Historias clínicas con información ambivalente.

3.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de la información se realizó en una clínica de la ciudad de Medellín de tercer nivel. A través de la historia clínica de cada paciente, dicha indagación se realizó entre diciembre 2018 a marzo 2019, teniéndose en cuenta los criterios de selección para cada una de ellas. Posteriormente, se agregaron a una base de datos elaborada en Excel, la cual contenía todas las variables que se analizaron en el estudio, de esta manera, permitió recaudar la información necesaria de cada usuaria. Allí, se utilizó una codificación para la protección de las pacientes y conservar la privacidad de la información.

3.6 TABLA DE VARIABLES

Sociodemográficos	Nombre de la variable	Según objeto de estudio	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categorías o valores
	Edad	Independiente	Cuantitativa	Discreta	Años	< 19 años 19-23años 24-28 años 29-34 años >35 años
	Escolaridad	Independiente	Cualitativa	Ordinal	Nivel Socioeconómico	Ninguna Primaria Secundaria Técnica Tecnología Profesional

	Cobertura en salud	Independiente	Cualitativa	Nominal	Tipo de cobertura	Subsidiado Contributivo
	Estado civil	Independiente	Cualitativa	Nominal	Estado civil	Soltera Casada Unión libre
	Lugar de residencia	Independiente	Cualitativa	Nominal	Lugar de residencia	Rural urbana
	Estrato socioeconómico	Independiente	Cuantitativa	Discreta	Estrato	1-6
Maternas	CONTROL PRENATAL	Independiente	cuantitativa	Discreta	Número de controles	0 1-4 5-7
	Indicé de masa corporal según Atalah	Independiente	Cuantitativa	Nominal	Peso Talla	Bajo peso Normal Sobrepeso Obesidad
	Planeación embarazo	Independiente	Cualitativa	Nominal	Planeación	Planeado No planeado
	Vía del parto	Dependiente	Cualitativa	Nominal	Vía	Parto vértice espontáneo Parto vértice instrumentado

						Cesárea
	Complicación	Dependiente	Cualitativa	Nominal		Si No
	Tipo de complicación	Dependiente	Cualitativa	Nominal	Tipo de complicación	Reanimación Código rojo Ambas
	desgarro	Dependiente	Cualitativa	Ordinal	Grado	1,2,3,4
Neonatales	APGAR	Dependiente	Cuantitativa	Continua Razón	Tiempo	Al minuto A los 5 minutos
	Peso	Dependiente	Cuantitativa	Discreta Razón	Miligramos	Menos de 2500 gramos Entre 2500 y menos de 4000 gramos Mayor de 4000 gramos
	Talla	Dependiente	Cuantitativa	Discreta	Centímetros	Menor de 48 cm 48 – 52 cm Más de 52 cm
	Perímetro cefálico	Dependiente	Cuantitativa	Discreta	Centímetros	Menor de 32 cm 32 – 36 cm Mayor de 36 cm

	Perímetro torácico	Dependiente	Cuantitativa	Discreta	Centímetros	Menor de 30 cm 30 – 34 cm Mayor de 34 cm
	Perímetro abdominal	Dependiente	Cuantitativa	Discreta	Centímetros	Menor de 30 cm 30 – 33 cm Mayor de 33 cm

3.7 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La información se recopiló en una base de datos de Excel y su análisis se realizó por medio del programa SPSS versión 21, utilizando la estadística descriptiva y empleando análisis univariado para el resultado obstétrico utilizando medidas de tendencia central.; así mismo, se utilizó bivariado, pues se observó la asociación entre la variable de control prenatal y vía del parto, control prenatal y planeación del embarazo, planeación del embarazo y vía del parto, vía del parto y complicaciones; usando el chi cuadrado para la asociación entre las variables cualitativas y la T de Student para el cruce de variables que fueran cuantitativa y cualitativa presentadas anteriormente.

Finalmente, la presentación visual de la información será por medio de tablas de frecuencia y gráficos cuando estos correspondan con su respectiva información.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo con la Declaración de Helsinki, el Código de Nuremberg y la Resolución 8430 de 1993, como se menciona en el capítulo IV. Las cuales hablan sobre los principios éticos y criterios por los cuales se debe desarrollar la investigación en seres humanos, están implicadas en este proyecto; puesto que se abordarán puérperas. Esta investigación se considera sin riesgo, porque no se tendrá contacto con las pacientes, sino con las historias clínicas, prevaleciendo siempre su seguridad y la confidencialidad de la información, teniendo en cuenta que este se realizará con fines académicos, hay que mencionar además, que se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización de una Clínica de tercer nivel de la ciudad de Medellín, así mismo la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética de la Corporación Universitaria Adventista de Colombia. (40) (41)

4. CAPÍTULO 4. RESULTADOS

4.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

4.1.1 Edad de la paciente en el momento del parto

Tabla 1 Edad de la paciente en el momento del parto

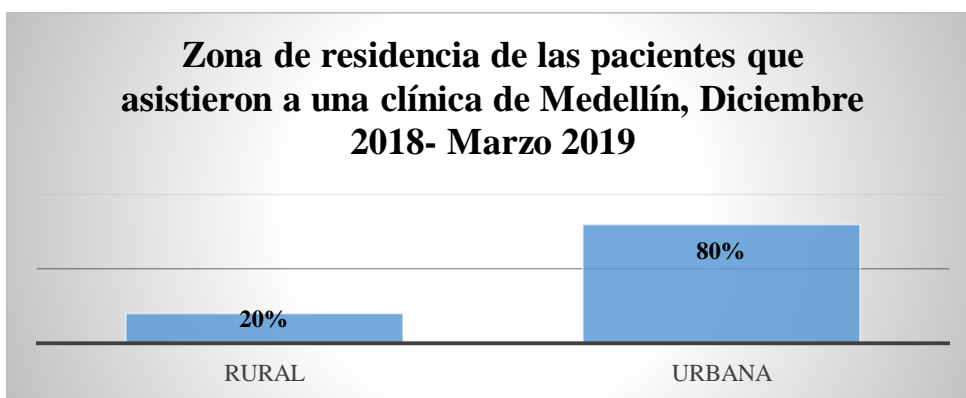
EDAD DE LA PACIENTE	Fi	Fa	Fr	Frc	F%
14 A 18	7	7	0,08	0,08	8%
19 A 23	23	30	0,261	0,34	26%
24 A 28	35	65	0,4	0,74	40%
29 A 34	19	84	0,215	0,955	21%
35 A 39	3	87	0,034	0,989	3,40%
39 A 42	1	88	0,011	1	1,10%
TOTAL	88		1		100%

Fuente: Resultados del estudio

Se puede observar que la mayor cantidad de gestantes se encontraba en la edad adecuada. Sin embargo, se presentaron edades extremas, es decir, menores de 19 años (8%) y mayores de 35 años (4.5%) aumentando el riesgo de sufrir complicaciones. (Tabla 1)

4.1.2 Zona de residencia de las pacientes

Gráfico 1 zona de residencia de las pacientes

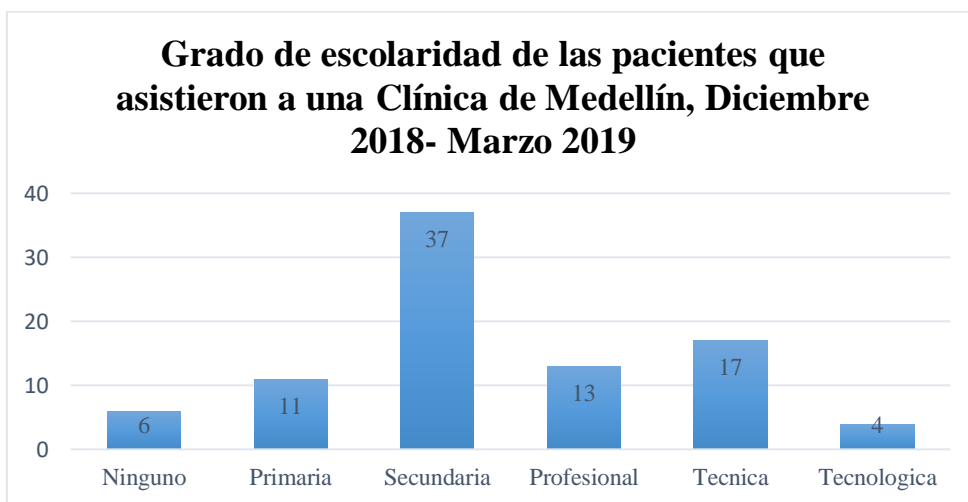


Fuente: Resultados del estudio

Aunque no se evidencia un alto porcentaje, es importante observar que un 20% de las pacientes, viven en una zona rural, lo que podría dificultar el acceso a los servicios de salud. (Gráfico 1)

4.1.3 Grado de escolaridad de las pacientes

Gráfico 2 grado de escolaridad de las pacientes

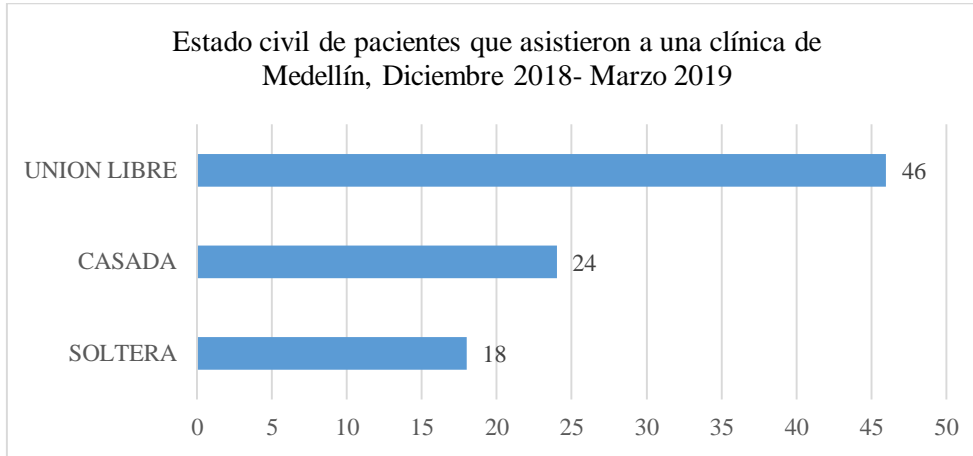


Fuente: Resultados del estudio

El gráfico 2 indica que la mayoría de las mujeres tenían un bajo nivel de escolaridad: 37 completaron la secundaria y 11 la primaria. De hecho, hubo 6 que no habían estudiado, lo cual es alarmante, dado que es de esperar que a menor nivel de escolaridad, mayores riesgos pre y posnatales, debido al poco acceso a la información y a los servicios de salud. Sin embargo, el mismo gráfico indica que la información técnica y superior, tampoco es garantía de que se comprenda o que se pueda acceder al control prenatal.

4.1.4 Estado civil de las pacientes

Gráfico 3 Estado civil de las pacientes

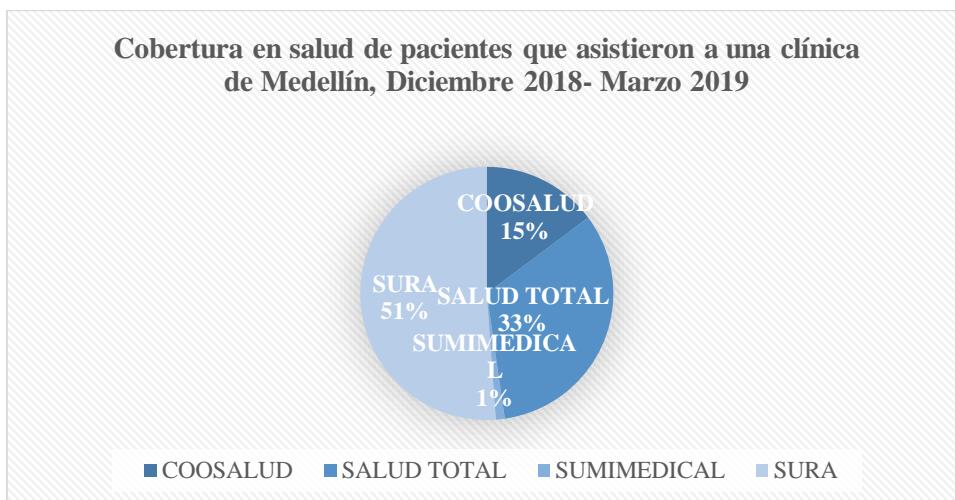


Fuente: Resultados del estudio

De las 88 pacientes, se observó que 18 de ellas no contaban con su pareja, lo cual indica una red de apoyo débil. (Gráfico 3)

4.1.5 Cobertura en salud de las pacientes

Gráfico 4 Cobertura en salud de las pacientes



Fuente: Resultados del estudio

Se evidencia que el 100% de la muestra contaba con cobertura en salud, en el momento de asistencia al parto. (Gráfico 4)

4.2 VARIABLES MATERNAS

4.2.1 Semanas de gestación

Tabla 2 Semanas de gestación

SEMANAS DE GESTACIÓN	Fi	Fa	Fr	Frc	F%
37 A 39	52	52	0,59	0,59	59%
40 A 42	35	87	0,397	0,99	40%
Mayor a 42	1	88	0,01	1	1%
TOTAL	88		1		100%

Fuente: Resultados del estudio

Del total de la población, se encontró a una gestante con una edad gestacional mayor a 42, por lo cual se considera un embarazo pos término. (Tabla 2)

4.2.2 Numero controles prenatales asistidos

Tabla 3 Número de controles prenatales asistidos

NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES	Fi	Fa	Fr	Frc	F%
SIN CONTROL	6	6	0,068	0,068	6,8
DE 1 A 4	18	24	0,205	0,273	20,5
DE 5 A 7	64	88	0,727	1	72,7
TOTAL	88		1		100

Fuente: Resultados del estudio

En la tabla 3 se observa que, el 6,8% de las investigadas, no fueron a los controles, así mismo un 20,5% asistieron de 1 a 4 controles, lo que genera un inadecuado seguimiento en el que es difícil conocer adecuadamente el proceso de gestación. Por último el 72,7% tuvieron de 5 a 7 controles.

4.2.3 Presencia de enfermedades durante la gestación

Tabla 4 Presencia de enfermedades durante la gestación

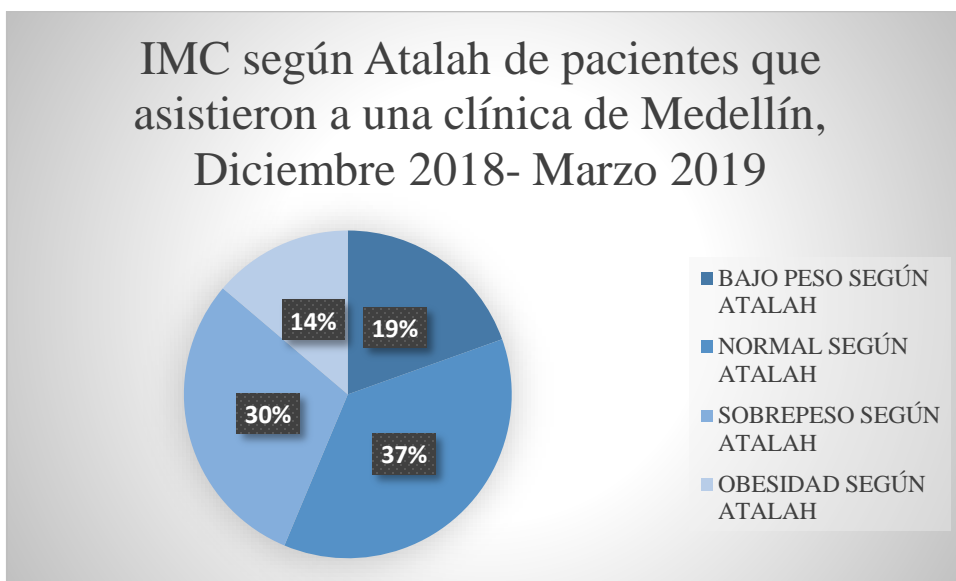
PRESENCIA DE ENFERMEDADES DURANTE LA GESTACIÓN	Fi	Fa	Fr	Frc	F%
SI	28	28	0,318	0,318	32%
NO	60	88	0,682	1	68%
TOTAL	88		1		100%

Fuente: Resultados del estudio

Se observa que del total de la población, 31,8 % de las pacientes padecieron enfermedades durante la gestación, como hipertensión gestacional, diabetes gestacional e hipotiroidismo congénito, en ese orden. (Tabla 4)

4.2.4 IMC según Atalah de las pacientes

Gráfico 5 IMC según Atalah de las pacientes durante su gestación.

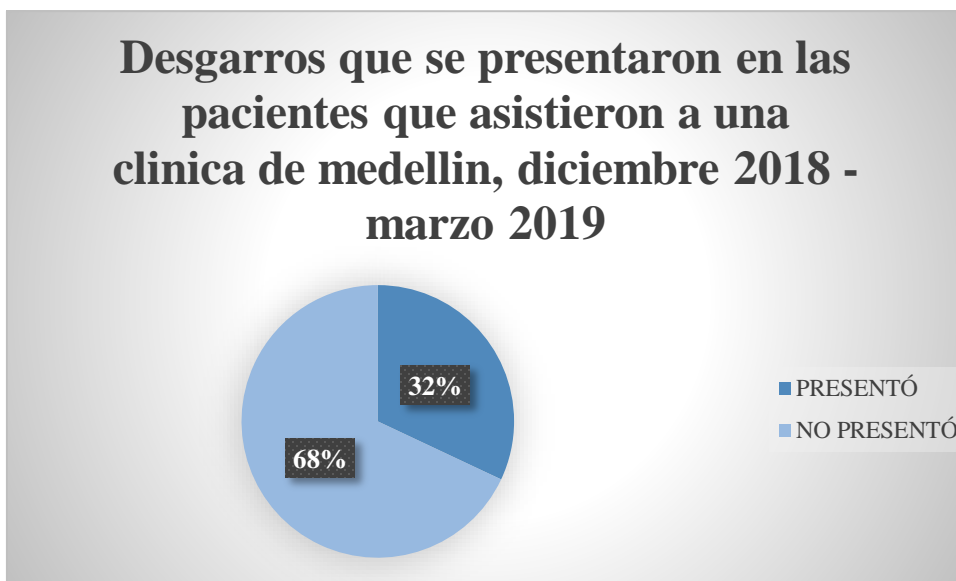


Fuente: Resultados del estudio

El 67% de las pacientes se encontraban con sobrepeso u obesidad, en comparación con bajo peso con un 19%, lo que nos muestra el aumento del riesgo por su estado nutricional comparado con sus semanas de gestación. (Gráfico 5)

4.2.5 Desgarros que se presentaron en las pacientes

Gráfico 6 Desgarros presentaron en las pacientes



Fuente: Resultados del estudio

Se observa que del total de la muestra el 68% no presentó desgarros durante el parto; sin embargo, un dato muy relevante es que el 32% si lo sufrió, según la evidencia científica actual, aumenta la probabilidad de sufrir otras complicaciones por la severidad del desgarro. (Gráfico 6)

4.2.6 Tipos de desgarro

Tabla 5 Tipos de desgarro

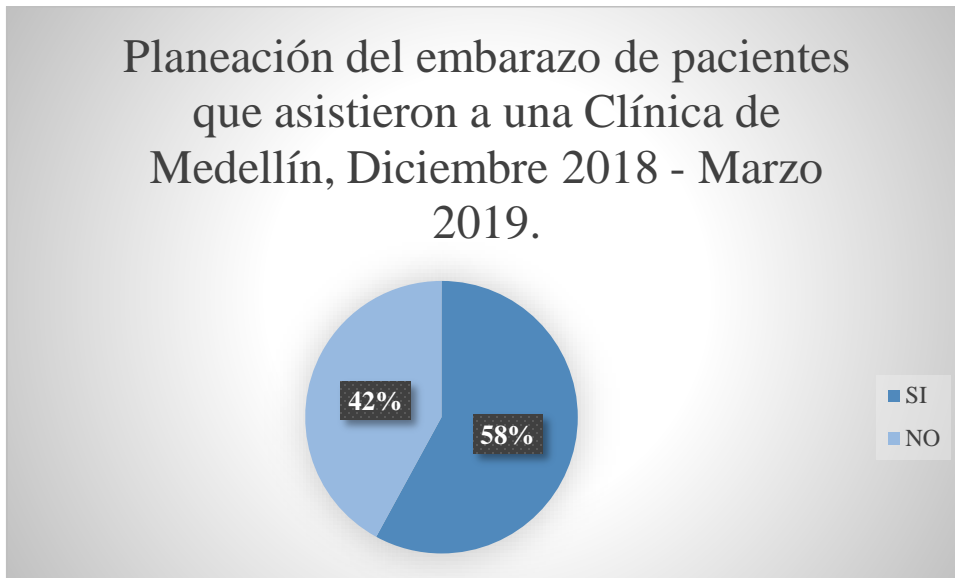
TIPOS DE DESGARROS	Fi	Fa	Fr	Frc	F%
GRADO I	17	17	0.6	0.6	60
GRADO II	6	23	0.21	0.81	21
GRADO III	2	25	0.07	0.88	7
GRADO IV	3	28	0.12	1	12
TOTAL	28		1		100

Fuente: Resultados del estudio

Los desgarros grado 3 y 4 se evidenciaron en un total del 5% de las pacientes y, son considerados como eventos adversos por lo cual pueden desencadenar complicaciones de mayor severidad. (Tabla 5)

4.2.7 Planeación del embarazo

Gráfico 7 Planeación del embarazo

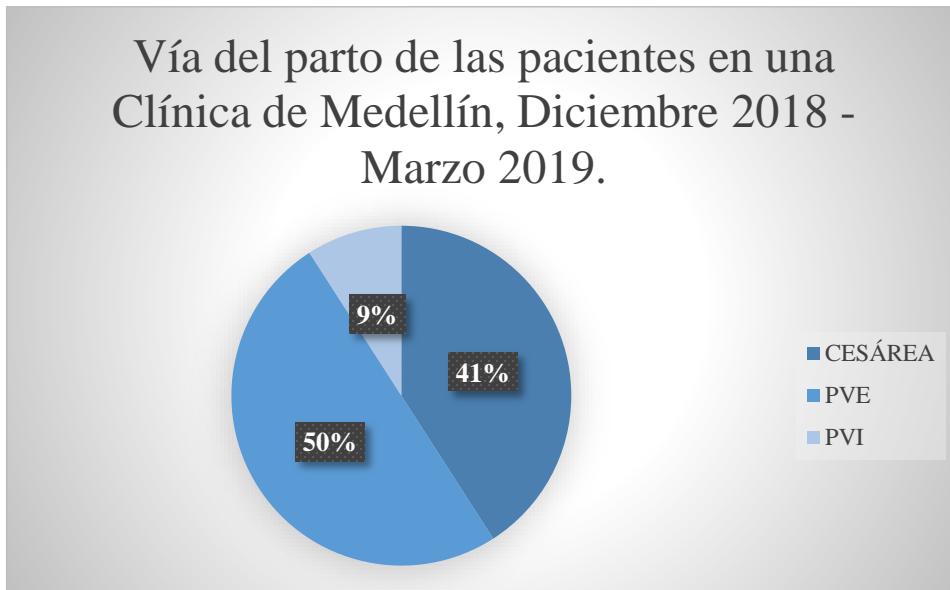


Fuente: Resultados del estudio

El gráfico 7, resalta que de las pacientes incluidas en la investigación, 42% no planearon el embarazo, lo que puede ocasionar poca adherencia a los controles prenatales.

4.2.8 Vía del parto

Gráfico 8 Vía del parto



Fuente: Resultados del estudio

Se evidencia en el gráfico 8, que 50% de las pacientes tuvieron parto vértice espontáneo, un 40,9% cesárea y 9,1% parto vértice instrumentado, el cual, junto con el alto porcentaje de cesáreas, pudo deberse a complicaciones que pudieron haberse detectado tempranamente, con un juicioso control prenatal.

4.3 VARIABLES NEONATALES

4.3.1 Sexo del neonato

Tabla 6 Sexo del neonato

SEXO NEONATO	Fi	Fa	Fr	Frc	F%
MASCULINO	36	36	0,409	0,409	41%
FEMENINO	52	88	0,59	1	59%
TOTAL	88		1		100%

Fuente: Resultados del estudio

La tabla 6 muestra que el 41% de los neonatos fueron de sexo masculino y el 59% de sexo femenino.

4.3.2 Presencia de complicaciones en el neonato

Tabla 7 Presencia de complicaciones en el neonato

PRESENCIA DE COMPLICACIONES EN EL NEONATO	Fi	Fa	Fr	Frc	F%
SI	10	10	0,114	0,114	11,4
NO	78	88	0,886	1	88,6
TOTAL	88		1		100

Fuente: Resultados del estudio

De la población investigada, el 88,6% no presentaron complicaciones durante el parto o puerperio y 11,4 % si las tuvo, lo cual pudo deberse precisamente a la irregularidad de los controles prenatales. (Tabla 7)

4.3.3 Tipos de complicaciones

Tabla 8 Tipos de complicaciones

TIPO DE COMPLICACIÓN	Fi	Fa	Fr	Frc	F%
CODIGO ROJO	7	7	0,7	0,7	70
REANIMACIÓN NEONATAL	2	9	0,2	0,9	20
AMBAS	1	10	0,1	1	10
TOTAL	10		1		100

Fuente: Resultados del estudio

Dentro de las complicaciones que se presentaron, la tabla 8 especifica que 70% fueron código rojo durante el puerperio, además en un 20% de los casos hubo necesidad de reanimación neonatal, y un 10% con ambas complicaciones.

4.3.4 Peso de los neonatos

Tabla 9 Peso de los neonatos

PESO DEL NEONATO	Fi	Fa	Fr	Frc	F%
BAJO PESO	0	0	0	0	0%
PESO NORMAL	86	86	0,9773	0,977	97%
MACROPESO	2	88	0,0227	1	3%
TOTAL	88		1		100%

Fuente: Resultados del estudio

De acuerdo con lo hallado en la tabla 9 del total de 88 neonatos la mayoría tenía un peso considerado como normal, es decir, entre (2500 y 4000 gramos), no obstante dos neonatos al analizarlos según la tabla de peso para la edad simplificada de la OMS; se ubican sobre el percentil 85 considerándose macropeso.

4.3.5 APGAR tomado al minuto del nacimiento

Tabla 10 APGAR tomado al minuto del nacimiento

APGAR AL MINUTO DEL NACIMIENTO	Fi	Fa	Fr	Frc	F%
<5	2	2	0,023	0,023	2%
5 A 7	3	5	0,034	0,057	3%
8 A 10	85	88	0,966	1,023	97%
TOTAL	88		1		100%

Fuente: Resultados del estudio

Se presentó al medir el APGAR al minuto, que del 100% de los neonatos, el 5% obtuvo una puntuación menor de 8, lo que aumenta la probabilidad de presentar complicaciones; que obligan a aplicar maniobras por parte del personal de salud para estabilizar al recién nacido. (Tabla 10)

4.3.6 APGAR a los 5 minutos

Tabla 11 APGAR tomado a los 5 minutos del nacimiento

APGAR A LOS 5 MINUTOS	Fi	Fa	Fr	Frc	F%
<5	0	0	0	0	0
5 A 7	2	2	0,023	0,023	2%
8 A 10	86	88	0,977	1	98%
TOTAL	88		1		100%

Fuente: Resultados del estudio

Luego, al tomar el APGAR a los 5 minutos, se observa que el 2% aún continúan con una puntuación menor a 7, poniéndose en riesgo la vida del neonato. (Tabla 11)

4.4 ANÁLISIS BIVARIADO

Se utilizaron dos tipos de pruebas: el Chi cuadrado para comprobación de asociación de variables cualitativas y la T de Student para muestras independientes. Ambos bajo un intervalo de confianza del 95%.

4.4.1 Control prenatal y vía del parto

Tabla 12 Control prenatal y vía del parto

Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias							
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia		
								Inferior	Superior	
NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES										
Se han asumido varianzas iguales	,081	,777	,248	50	,805	,182	,734	-1,293	1,657	
No se han asumido varianzas iguales			,220	8,903	,831	,182	,828	-1,694	2,058	

Fuente: Resultados del estudio

Estadísticos de grupo

	VIA DE TERMINACIÓN DEL PARTO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
NÚMERO DE PVE		44	5,18	1,859	,280
CONTROLES PRENATALES	CESÁREA	36	4,92	2,170	,362

Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias							
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia		
								Inferior	Superior	
NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES	1,385	,243	,589	78	,558	,265	,450	-,632	1,162	
			,580	69,311	,564	,265	,457	-,647	1,178	

Fuente: Resultados del estudio

En la tabla 12, se evidencia que $P > 0.05$, por lo cual no se encuentra asociación entre las variables, dando como resultado hipótesis nula.

4.4.2 Control prenatal y planeación del embarazo

Tabla 13 Control prenatal y planeación del embarazo

Prueba de muestras independientes										
NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
		8,881	,004	3,575	86	,001	1,450	,406	,644	2,257
				3,384	60,743	,001	1,450	,429	,593	2,308

Fuente: Resultados del estudio

	EMBARAZO PLANEADO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES	SI	51	5,67	1,571	,220
	NO	37	4,22	2,238	,368

Fuente: Resultados del estudio

Se evidencia que existe una diferencia; rechazando la hipótesis nula <0.05 , considerándose que si existe relación entre el número de CPN y la planeación del embarazo.

4.4.3 Planeación del embarazo y vía del parto

Tabla 14 Planeación del embarazo y vía del parto

Tabla de contingencia EMBARAZO PLANEADO * VÍA DE TERMINACIÓN DEL PARTO

			VIA DE TERMINACIÓN DEL PARTO			Total
			PVE	PVI	CESÁREA	
EMBARAZO PLANEADO	SI	Recuento	26	4	21	51
		% dentro de VÍA DE TERMINACIÓN DEL PARTO	59,1%	50,0%	58,3%	58,0%
EMBARAZO PLANEADO	NO	Recuento	18	4	15	37
		% dentro de VÍA DE TERMINACIÓN DEL PARTO	40,9%	50,0%	41,7%	42,0%
Total		Recuento	44	8	36	88
		% dentro de VÍA DE TERMINACIÓN DEL PARTO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Resultados del estudio

Se puede observar en la tabla 14, que la asociación entre las dos variables con una $P > 0.05$ lo que significa que no hay relación entre las hipótesis, se comprueba la hipótesis nula.

4.4.4 Vía del parto y complicaciones

Tabla 15 Vía del parto y complicaciones

Tabla de contingencia PRESENCIA DE COMPLICACIONES * VIA DE TERMINACIÓN DEL PARTO

		VIA DE TERMINACIÓN DEL PARTO			Total	
		PVE	PVI	CESÁREA		
PRESENCIA DE COMPLICACIONES	NO	Recuento	38	7	34	79
		% dentro de VÍA DE TERMINACIÓN DEL PARTO	86,4%	87,5%	94,4%	89,8%
	SI	Recuento	6	1	2	9
		% dentro de VÍA DE TERMINACIÓN DEL PARTO	13,6%	12,5%	5,6%	10,2%
Total		Recuento	44	8	36	88
		% dentro de VÍA DE TERMINACIÓN DEL PARTO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Resultados del estudio

En la tabla 15, se observa que, $P > 0.05$ se comprueba la hipótesis nula, por lo que no se encuentra asociación entre las variables.

5. CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN

El intervalo de edad que más se encontró fue de 24 - 28 años de edad, destacando que un 14,7% de pacientes pertenecen a edades de menor de 19 y mayores de 35 años; catalogadas como edades con posibilidad de tener mayor riesgo durante el embarazo por las características tanto fisiológicas como anatómicas. La mayoría de investigaciones coinciden en sus resultados que las mujeres en edad avanzada tendrán diversas complicaciones, pues intervienen factores a nivel preconcepcional como el hábito de fumar y con el que se relacionan una serie de resultados obstétricos desfavorables tales como el retardo del crecimiento del feto y el parto pre término, añadido a esto la obesidad se relaciona con un incremento en las complicaciones durante el embarazo, particularmente con desórdenes hipertensivos y con la diabetes mellitus gestacional. (42)

Respecto a lo anterior, Chamy P et al mencionan:

Respecto a resultados perinatales, existió una significativa mayor necesidad de hospitalización del RN, SDR, y defectos congénitos, todas situaciones eventualmente graves. Al analizar la vía de parto, la operación cesárea fue más frecuente en los grupos de mayor edad. Es importante resaltar que para la mayoría de las variables evaluadas, el riesgo era ya significativamente mayor en el grupo de entre 35 a 39 años comparado con las más jóvenes, lo que refuerza el concepto que más que establecer un límite de edad fijo (40 años), la edad se comporta como un factor de riesgo progresivo, en que los riesgos perinatales y maternos aumentan a medida que ésta también aumenta. (43)

En un estudio sobre riesgos obstétricos en el embarazo adolescente las autoras observaron que al comparar estas con embarazadas entre 20 y 29 años, el retardo del crecimiento intrauterino, el parto prematuro y los recién nacidos de bajo peso fue lo más representativo, lo que muestra una estrecha relación entre la edad y el resultado obstétrico. (44)

En cuanto al nivel educativo, se destaca que un 12,5% de las mujeres estudiadas en una clínica de Medellín, finalizó la educación primaria y 6.8% son analfabetas; situación que resulta alarmante porque según Verde et al, estos datos podrían reflejar la importancia de la educación que presentan las gestantes como un factor que desfavorece el control prenatal;

pues, se puede decir que el nivel de estudio hace evidenciar la importancia de tener unas citas prenatales completas y el seguimiento al estado de gestación oportuno. (45)

Además, el bajo nivel educativo, dificulta conocimientos elementales sobre la sexualidad, más cuando los programa de educación sexual y reproductiva en los colegios no llevan el éxito esperado. (46)

Es importante mencionar también, que las pacientes que presentan estudios de primaria y secundaria incompletos tienen un bajo ingreso económico puesto que no poseen una ocupación específica, siendo esto un factor negativo, debido a que no tendrán un trabajo bien pagado durante la gestación que le pueda permitir suplir las necesidades básicas del embarazo, como lo es transporte al centro de salud, vestimenta, alimentación etc. (46)

En lo que concierne a área de residencia, en la presente investigación se encontró que un 20% de mujeres que provenían de una zona rural, situación que puede ser la causa de no haber tenido un control prenatal completo, por cuanto el acceso a los servicios de salud puede verse comprometido, haciendo que la adherencia al programa no sea la que se desea; como lo menciona César García en su estudio “Barreras de acceso y calidad en el control prenatal” en ocasiones aunque se cuente con servicios de salud en la zona rural y no sea un problema en cuanto a la cobertura en salud, muchas veces se tiene dificultad al tener que acceder a centros especializados de segundo nivel, que se encuentran solo en las zonas urbanas en muchas oportunidades, por lo que puede producir un efecto de desinterés por parte de la gestante o dificultad económica a la hora de acudir a los controles prenatales a una distancia mayor. (28)

Por otro lado, analizando el estado civil de las pacientes un porcentaje considerable eran solteras, lo que puede indicar una red de apoyo débil, lo cual no solo dificulta la adherencia a los controles, sino la calidad de vida de la madre y el neonato, pues como lo afirma la OMS, la embarazada debe contar con un apoyo eficaz tanto emocional como psicológico, pues esto ayudará a tener un proceso de gestación en óptimas condiciones salvando la vida tanto de la gestante como de su bebé y mejorará su calidad de vida; contado con el apoyo de su pareja

podrá incrementar su visita a los centros de salud, teniendo una experiencia positiva de su embarazo. (47)

Todo lo anterior lo sustenta Ramírez y Rodríguez en un artículo sobre Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofamiliar, el acompañamiento que tiene la madre durante el proceso de gestación mejora la crisis familiar que comporta el embarazo además progresa el vínculo paternal logrando que la nueva familia presenten menores dificultades en el proceso y se unan cada vez más en la nueva etapa; de igual manera, el apoyo de la pareja ayuda a disminuir los niveles de ansiedad o depresión que presente la madre, además éste le permite afianzar su autocontrol y presentar sentimientos positivos durante el embarazo, parto y puerperio. (48)

Lo anterior es muy importante, si se tiene en cuenta que, 42 % de las puérperas no planearon su embarazo, lo que conlleva a no tener buena adherencia a los controles prenatales, pues el hecho de no ser planeado puede hacer que la madre ignore que está embarazada y esto trae consigo consecuencias negativas, obviando tener un cuidado en la alimentación, no consumir bebidas alcohólicas o drogas, además, de retraso en el inicio del control. (49)

De hecho, un hallazgo importante en la clínica de tercer nivel de la ciudad de Medellín 20, 5% de puérperas que asistieron solo a 1 hasta 4 controles y el 6,8% que nunca fueron a uno, ocasionando que no se conozca su proceso de gestación; y por tanto, se presenten complicaciones tanto prenatales como en el puerperio son debido al uso inadecuado de la atención en salud. (50)

Por otro lado, en un artículo sobre el Control Prenatal y el Desenlace Materno Perinatal, encontraron que al estudiar las características materno-perinatales el control inadecuado representó factor de riesgo importante tanto para la prematuridad como para el peso bajo al nacer. No obstante, en este mismo estudio; destacan que no se hallaron diferencias significativas entre aquellos pacientes que tuvieron controles prenatales adecuados con las

que tuvieron controles inadecuados en relación con patologías como hemorragias en el tercer trimestre, trastornos hipertensivos gestacionales, entre otros. (51)

Ahora bien, dichos resultados de la presente investigación son importantes porque durante el embarazo se pueden presentar complicaciones o problemas debido al proceso fisiológico que cursa la gestante, afectando al binomio; es por esto que asistiendo a todas las citas se monitorizará el desarrollo del embarazo detectando tempranamente alteraciones para así disminuir la morbimortalidad materna y perinatal. (52)

Analizando el IMC, aunque el 40% se encuentra dentro del rango normal, es llamativo que el 20% de las pacientes tenía bajo peso y el 16% sobrepeso u obesidad, lo que nos muestra un riesgo, pues estas aumentan la probabilidad de presentar enfermedades y una de ellas fue diabetes gestacional. Así mismo, en un estudio realizado por Bhattacharya S Et Al. Habla de los efectos del IMC en el resultado del embarazo, mencionando que el aumento de este se asocia con una mayor incidencia de preeclampsia, hipertensión gestacional, macrosomía, inducción del trabajo de parto y cesárea; mientras que las mujeres con bajo peso tuvieron mejores resultados de embarazo que las mujeres con IMC normal. (53)

En cuanto a las complicaciones maternas se evidencia que del 100% de la población, el 7,2% presentaron hemorragias posparto lo cual es un dato importante, puesto que en un estudio realizado sobre el Diagnóstico y manejo de la hemorragia posparto, hablan que esta es una complicación obstétrica muy seria, siendo altamente prevenible; teniendo en cuenta que se pueden identificar los factores de riesgo desde la atención prenatal que le puedan desencadenar un código rojo, para así disminuir los efectos de esta emergencia, así mismo reducir la morbimortalidad materna.(54)

Del mismo modo, se encontraron complicaciones neonatales que obligaron a aplicar reanimación a los recién nacidos en un 20% de los casos estudiados. En este sentido es importante aclarar que, aunque el control prenatal no muestra si el neonato necesitará reanimación, si indica y guía en otros posibles factores de riesgo que inciden sobre una posible reanimación, así como lo demuestra Sánchez et al en su estudio en el que halló que

“resultó significativamente para los casos en cuanto a síndrome de insuficiencia respiratoria (OR = 3.559, IC = 1.865 a 6.794), peso bajo al nacimiento (OR = 3.504, IC = 1.861 a 6.597) y prematuridad (OR = 5.044, IC = 2.624 a 9.698). La mortalidad neonatal sólo se presentó en 5.9 % de los casos (siete fallecimientos) y la proporción fue similar tanto para los que llevaron atención prenatal adecuada como inadecuada.”(55).

Aunque no es posible saber si un recién nacido necesitará o no reanimación, es vital la información que se pueda obtener durante los controles prenatales, pues se pueden conocer factores de riesgo durante el embarazo y así el equipo de salud anticiparse y prepararse, para actuar en función del neonato y su vida. (56).

En cuanto a las complicaciones, presentadas en la madre, como los desgarros, con una frecuencia del 32% en las púerperas de una clínica de Medellín, sin embargo, una investigación desarrollada en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, infiere que “el mayor porcentaje de primíparas presentaron control prenatal completo, siendo el 96.2% en primíparas con episiotomía y el 96.4% en primíparas con desgarros. Pujay Escobal, Ángela Chenyu en el año 2015 23, mencionó que el 93.75% de las púerperas episiotomizadas tuvieron control prenatal.”(57)

De igual manera, Paliza asegura que, aquellas gestantes que realizaron un control prenatal adecuado, tuvieron mayores complicaciones obstétricas como los desgarros vulvoperineales (76%) , de aquellas que presentaron menor número de controles prenatales (29.3%), siendo una diferencia significativa estadísticamente. (57)

Un aspecto importante, en cuanto a la morbilidad materna se observa que 31,8% del total las presentaron trastornos hipertensivos, diabetes gestacional e hipotiroidismo congénito; dato relevante puesto que, en un estudio realizado acerca de Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal, nombran que no es relevante asistir a los controles prenatales sino también en qué tiempo fueron realizadas las consultas y la calidad de las mismas; debido a que este programa permite identificar desde el primer mes del embarazo complicaciones como diabetes gestacional, trastornos hipertensivos entre ellos preeclampsia,

eclampsia, etc. Además se pueden determinar acciones preventivas dependiendo de la situación en la cual se encuentre la embarazada, teniendo un costo menor, mejorando así la calidad de la atención al binomio. (55)

Por otro lado, se evidenció que en la vía del parto el 50% de las pacientes presentó PVE, pero un alto porcentaje 40.9% cesárea y del total de la población 9.1% tuvo PVI. Aunque cualquier vía del parto trae sus complicaciones, naturalmente la cesárea aumenta significativamente el riesgo, como lo menciona Morales en su investigación:

El grupo de cesárea presentaron como principales complicaciones maternas el sangrado vaginal entre 500-999cc con 24.5% hemorragia post parto 2.9%, anemia leve 34.3% y anemia moderada con 11.8%; otras complicaciones tuvieron un porcentaje de 21.6% tales como síndrome adherencial pélvico e inminencia de rotura uterina, además, observa que en el grupo de cesárea se presentaron como principales complicaciones neonatales Síndrome de Dificultad Respiratoria con 7.8%, Taquipnea Transitoria del Recién Nacido con 5.9% y Líquido amniótico meconial fluido con un porcentaje de 14.7% y el meconial espeso con 9.8%; se reportaron 2 casos de APGAR 3 y APGAR 7 a los 5 minutos respectivamente y 1 caso de muerte neonatal.(58)

En cuanto al APGAR, que mide la capacidad de adaptación neonatal luego del nacimiento, se toma como control al minuto del mismo y a los 5 minutos posteriores, se evidencio que en la población estudiada el APGAR al minuto con una puntuación menor a 8 fue del 5% y a una nueva toma teniendo referencia los mismos valores fue de 2%, aunque el no tener los controles prenatales completos no significa que evite que los neonatos tengan esa puntuación, el tener un control durante todo el embarazo sí puede reducir considerablemente estos casos en pro del bienestar del binomio, situación análoga se muestra en el estudio realizado por Alfonso F. La Rosa sobre complicaciones de recién nacidos en madres adolescentes, donde el puntaje APGAR al minuto del total de la población que es similar a la de este estudio fue de 8.1 y a los 5 minutos de 3.2 en mujeres adolescentes, si bien como anteriormente se dijo el número de controles no evita que sucedan estos hechos; muestra que disminuir el riesgo por medio de estos es la mejor opción para el sistema de salud y del binomio madre- hijo. (59)

Por otro lado, al realizar el análisis bivariado se encuentra que aquellas mujeres que tuvieron menos de cuatro controles prenatales incluyeron dentro del resultado obstétrico presencia de parto vértice instrumentado el 1,1%, mientras que presentaron cesárea el 13,6%; esto indica que el no asistir a los controles prenatales, puede llevar a desconocer la presentación del bebé y la variabilidad en la vía del parto. Teniendo en cuenta, que el acceder a una vía diferente aumenta la probabilidad de sufrir alguna complicación no prevista. Sin embargo, la asistencia a sus citas, ayudará a reconocer si estas requieren de una cesárea electiva y hacer toda la planeación adecuada. (58)

Así mismo, las mujeres que no planearon su embarazo en un 4.5% tuvieron parto vértice instrumentado (PVI), aumentado considerablemente el riesgo de que el feto sufra lesiones y complicaciones derivadas del instrumental usado en el parto, la nula planeación provoca que no haya un correcto seguimiento como se habló anteriormente en la adherencia al número de controles prenatales y la planeación del embarazo, un 17% que no planeo su embarazo tuvo como vía del parto la cesárea, pudiéndose denotar que aunque no necesariamente se evitaría esta vía; según su cuadro clínico se puede disminuir esta opción con el seguimiento adecuado debido a la importancia que se le presta al ser el proceso de gestación planeado. Cabe señalar que la vía del parto como la cesárea y el PVI con un 3,3% presentaron complicaciones que con un adecuado seguimiento podían disminuir e inclusive evitar, ahora bien, con el parto vértice espontaneo (PVE) se presentaron complicaciones en un 6.8% sumado a las variables anteriores nos indican que el seguimiento al embarazo por medio de los controles puede beneficiar en disminuir el grado de severidad de las complicaciones. (52) (58)

Se evidenció que 18.18 % de las gestantes que no planearon su embarazo, asistieron a menos de cuatro controles prenatales, pues no conocen la importancia de realizar un seguimiento a este proceso. Mientras, aquellas mujeres que planearon su embarazo tienen mejor adherencia a los controles prenatales, dando a entender que la gestante al asumir su rol materno posee más conciencia de la importancia de hacer un control a su gestación para prevenir posibles complicaciones y llevar un registro de su estado de salud. (3)

Además, se observa que de las púerperas que no planearon su embarazo 2,2% presentaron complicaciones y en un 7,9% las que si lo planearon. Aunque planificar el embarazo, ayuda

a tomar medidas preventivas y de preparación física, no asegurará la erradicación las posibles complicaciones.

6. CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

En lo expuesto a lo largo de este trabajo y posterior al análisis de los resultados derivados de la aplicación del instrumento, es idóneo mencionar el cumplimiento de los objetivos. Por ende, se nombra que el resultado obstétrico se ve determinado por la atención prenatal que presenten las gestantes; puesto que, si estas no asisten a los mismo no se conocerá su proceso de gestación y posibles alteraciones; de igual manera, según Moreno y Mesa et al, mencionan que las embarazadas al asistir a los controles prenatales mejoran la confianza para resolver inquietudes frente a su proceso, además, que se le brinda una educación y acompañamiento, incluyendo a su pareja en la toma de decisiones y así determinar posibles riesgos que puedan presentar.

Por lo tanto se puede inferir que aunque el control prenatal no detenga las complicaciones en su totalidad, si es un instrumento fundamental para prevenirlas y tomar acciones que disminuyan o sofoquen su severidad. (60)

Teniendo en cuenta la caracterización sociodemográfica de las pacientes, un dato llamativo es que hubo puérperas menores de 19 y mayores de 35 años, lo que se debe tener en consideración es que el resultado obstétrico negativo en estas edades aumenta de manera significativa a causa de la fisiología y anatomía. El ser soltera y según la teoría Convertirse en madre de Ramona Mercer, el no tener una red de apoyo puede incidir en la no asistencia al control y por consiguiente no conocer su proceso de gestación, obviando una alteración en su embarazo obteniendo un resultado obstétrico desfavorable.

Se muestra que las pacientes en su mayoría han culminado su bachillerato, pero un cierto porcentaje cursó solamente la primaria o no tiene escolaridad, se debe aclarar que el tener un grado de estudio alto favorece la importancia de la educación sobre el control prenatal. Una cantidad razonable de las puérperas vivía en zona rural lo que dificulta el traslado a las

instituciones de salud, por lo que durante el embarazo la mujer podría decidir no asistir, ni hacer seguimiento a su gestación teniendo un resultado obstétrico negativo.

Las patologías del periodo gestacional evidenciadas fueron trastornos hipertensivos, hipotiroidismo congénito y diabetes gestacional siendo el grupo de mayor prevalencia de enfermedades; lo que conlleva a que no se logre un resultado obstétrico en óptimas condiciones, mientras que durante el parto se presentó hemorragia pos parto y condiciones que obligaron a la reanimación neonatal, lo que reflejó las posibles consecuencias de no asistir a los controles prenatales; puesto que, estos permiten una valoración de aquellos posibles riesgos que pueda presentar el binomio, además interrumpe la transición al postparto, lo que prolonga la estadía de la madre y el bebé en el hospital; impidiendo el fortalecimiento del vínculo entre ellos.

6.2 RECOMENDACIONES

Conforme a los resultados obtenidos en la investigación, se resalta la importancia que tiene los profesionales de salud en la educación a las pacientes, para que éstas conozcan la importancia de los controles prenatales y así mismo se adhieran a ellos, teniendo así como resultado, un registro completo de su embarazo. Para lograr esto, debe darse una educación de calidad con soporte científico desde la formación universitaria a los futuros profesionales, Además, el personal debe estar constantemente actualizando sus conocimientos para así intervenir específicamente a cada materna que ingresa al programa; además de una escucha activa, que permita a las madres y entorno reconocer la atención prenatal como instrumento importante para la comunidad, promoviéndose desde los diferentes niveles de complejidad de las instituciones prestadoras de salud. Por tanto, se recomienda a todas aquellas pacientes que están cursando con su gestación a que asistan a los controles prenatales, para que con este, el personal de salud logre llevar un registro oportuno del embarazo, indagando sobre posibles alteraciones que se presenten durante el mismo o mejorar conductas de salud para que el binomio madre e hijo se encuentren en óptimas condiciones durante el parto y postparto.

7. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Nuevo Modelo de Control Prenatal de la OMS. Grupo de Investigación del Estudio de Control Prenatal de la OMS. Ginebra: OMS; 2003. [Internet]. [citado 13 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.zotero.org/download/connectors>
2. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. En cumplimiento del Decreto 4107 de 2011, que determina sus objetivos y estructura y crea la Dirección de Epidemiología y Demografía atribuyéndole dentro de sus funciones la de “promover, orientar y dirigir la elaboración del estudio de la situación de la salud” , presenta el Análisis de Situación de Salud, Colombia 2017. Bogotá: El Ministerio; 2017.
3. FIESCO LPE, GUZMAN LL, CORDOBA R. FACTORES ASOCIADOS A LA INASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE EN MUJERES GESTANTES DE LA ESE SAN SEBASTIÁN LA PLATA HUILA 2009. 2009;62.
4. Rico Venegas, RM, Ramos Frausto, VM, Martínez, PC. Control prenatal vs resultado obstétrico perinatal. *Enfermería Global*. julio de 2012;27:397-407.
5. Dres. María Eugenia Verde, Lucía Varela, Cecilia Episcopo, Ruben García, Leonel Briozzo, Ivana Impallomeni, et al. Embarazo sin control. Análisis epidemiológico. *Rev Méd Urug*. mayo de 2012;28 (2):100-7.
6. Arturo García-Salgado, Sonia Sánchez- Chávez, Pablo Mariano González - Aldeco. Embarazo adolescente: resultados obstétricos. *Rev Hosp Jua Mex*. diciembre de 2016;84 (1):8-14.
7. Moya-Plata D, Guiza-Salazar IJ, Mora-Merchán MA. Ingreso Temprano al Control Prenatal en una Unidad Materno Infantil. *Revista Cuidarte* [Internet]. 2010 [citado 2 de junio de 2018];1(1). Disponible en: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/73>
8. Marrugo-Arnedo CA, Moreno-ruiz DV, Salcedo-Mejía F, Marrugo-Arnedo V del C. Determinantes del acceso a la atención prenatal en Colombia. *CES Salud Pública*. 30 de septiembre de 2015;6(1):5-11.
9. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. En cumplimiento del Decreto 4107 de 2011, que determina sus objetivos y estructura y crea la Dirección de Epidemiología y Demografía atribuyéndole dentro de sus funciones la de “promover, orientar y dirigir la elaboración del estudio de la situación de la salud” , presenta el Análisis de Situación de Salud, Colombia 2016. Antioquia: El Ministerio; 2016.
10. Alfaro Vargas N, Campos Vargas G. Análisis del control prenatal que se brinda a las gestantes de la provincia de Heredia que tuvieron su parto en el Hospital San Vicente de Paúl. *Enferm Actual Costa Rica* [Internet]. 1 de abril de 2014 [citado 31 de agosto de

- 2019];0(26). Disponible en:
<http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/14246>.
11. Mellado CM, Avila IC. Factores de necesidad asociados al uso adecuado del control prenatal. *Revista Cuidarte*. 1 de julio de 2016;7(2):1345-51.
 12. Martha Raile Alligood. *Modelos y teorías de enfermería*. Octava edición. España: Elsevier; 2014: 293-311.
 13. Decreto 1170 del 2015, de Mortalidad Perinatal y Neonatal. (*Boletín Epidemiológico Semanal*, número 32 de 05-08-18).
 14. Claudia María Moreno Mojica, Nancy Patricia Mesa Chaparro, Zorayda Pérez Cipagauta, Diana Paola Vargas Fonseca. CONVERTIRSE EN MADRE DURANTE LA ADOLESCENCIA: ACTIVACIÓN DEL ROL MATERNO EN EL CONTROL PRENATAL. *Rev Cuid*. mayo de 2015;6 (2):1041-53.
 15. Colombia. Ministerio de Protección Social. Ley 0412 del 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 específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá, febrero.
 16. OMS | Salud materna [Internet]. WHO. [citado 11 de octubre de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/topics/maternal_health/es/
 17. MedlinePlus [Internet] Rockville Pike: Bethesda; MD 20894 [Consultado 2018 Agost 06] Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002271.htm>.
 18. Williams JW, Araiza Martínez ME, Cunningham FG, Fraga J de L. *Williams obstetricia*. 2015.
 19. Dra. Inés Bombí. Puerperio inmediato [Internet]. Puerperio inmediato. 2016. Disponible en: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/el-parto/puerperio-inmediato/>
 20. Jiménez Cabañas M, Romero Gismera E, García Anaya M, Bravo Arribas C, Jiménez Cabañas M, Romero Gismera E, et al. Resultados obstétricos y perinatales de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. *Sanid Mil*. septiembre de 2017;73(3):158-61.
 21. Prieto De, Rosero Ell. Bajo Control Prenatal en Maternas Atendidas en el Hospital Occidente De Kennedy Y Desenlaces del Recien Nacido En El Año 2014. :46.
 22. Castillo IY. Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia. *Rev Cuba Enferm* [Internet]. 8 de mayo de 2017 [citado 14 de agosto de 2018];33(1). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/840>.

23. Perez EC, Barboza JL, Gonzalez TL, Irma Yolanda. Factores asociados al uso del control prenatal por mujeres embarazadas del Distrito de Cartagena. 2011. 2011;59.
24. Saray Machado Medrano, Adriana Paola Molinares Pérez, Lilian Andrea Urzola Montes, Margelis Judith Valdés Fernández. FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL Y CONSECUENCIAS MATERNAS Y PERINATALES EN TRES IPS DE SINCELEJO 2016 – 2017 [Internet]. [Sincelejo Sucre]: Universidad de Sucre; 2017. Disponible en: <https://repositorio.unisucre.edu.co/bitstream/001/637/1/T618.32%20F%20142.pdf>
25. Monserrath Estefanía Orosco Remache. ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA ADOLESCENTES SOBRE FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INASISTENCIA DEL CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD DE SALCEDO [Internet]. [AMBATO ECUADOR]: UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES UNIANDES; 2017. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/6055/1/PIUAENF027-2017.pdf>
26. Mojica CMM, Chaparro NPM, Cipagauta ZP, Fonseca DPV. Convertirse en madre durante la adolescencia: activación del rol materno en el control prenatal. Revista Cuidarte. 17 de julio de 2015;6(2):1041-53.
27. Patricia Barrera Huamán. Factores que influyen en el inicio de la atención prenatal de gestantes adolescentes atendidas en la consulta prenatal del Hospital Santa Rosa de octubre a diciembre del 2007. [Lima – Perú]: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS; 2008.
28. García-Balaguera César. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. rev.fac.med. [Internet]. 2017 Jun [citado 2019 Sep 08]; 65(2): 305-310. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112017000200305&lng=es. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.59704>.
29. Corporación Universitaria Adventista. Plan estratégico Visión 20-20 2013-2020 [Internet]. UNAC. 2013 [citado 21 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.unac.edu.co/wp-content/uploads/PDF/normatividad/8.Plan-Estrategico-Vision-UNAC-20-20.pdf>.
30. Facultad de salud. Corporación Universitaria Adventista [Internet]. Coporación Universitaria Adventista. [citado 21 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.unac.edu.co/facultades/facultadsalud/>.
31. Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia. (1991).
32. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 823 del 2003. Por la cual se dictan normas sobre igualdad de oportunidades para las mujeres. Bogotá, D C. 11 de Julio de 2003.

33. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto número 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá, D C. (Abril. 3 2006).
34. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1438 del 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D C. 19 de Enero de 2011.
35. Colombia. Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo número 31 de 2012. Por el cual se agrupa por ciclos vitales el contenido de las coberturas del Plan Obligatorio de Salud para los niños y niñas menores de 18 años contenido en el Acuerdo 29 de 2011. Bogotá, 3 de Mayo 2012.
36. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Sentencia T-115 del 2010. Por medio de esta sentencia se instaura el reconocimiento y pago de la licencia de maternidad. Bogotá, D C. Febrero 16.
37. Colombia. Superintendente Nacional de Salud. Circular Externa No. 051. Generar estrategias que permitan el acceso inmediato a los servicios de salud de los sujetos de especial protección como lo son los niños, niñas, adolescentes, adultos de la tercera edad, mujeres embarazadas, discapacitados, enfermos mentales la licencia de maternidad. Bogotá, D C. 17 de Octubre de 2008.
38. Colombia. Modelo de Seguridad Para la Atención de la Emergencia Obstétrica en Instituciones de Salud. Es una herramienta que permite evaluar la respuesta institucional de baja, mediana y alta complejidad frente a las emergencias obstétricas, encontrar las causas de las fallas en el proceso de atención a partir de los casos evaluados y construir un plan de mejoramiento que posibilite disminuir la probabilidad de ocurrencia de la morbilidad y la mortalidad materna. Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Bogotá DC. 2014.
39. Colombia. Resolución Número 003202 de 2016. Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones. Bogotá, DC. 25 de Julio de 2016.
40. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución Número 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá, D C. 04 de Octubre de 1993.
41. Argentina. Tribunal Internacional de Núremberg. Código de Núremberg. Son abrumadoras las pruebas que demuestran que algunos tipos de experimentos médicos en seres humanos, cuando se mantienen dentro de límites bien definidos, satisfacen - generalmente la ética de la profesión médica. La Plata, 1989.

42. García Alonso Iván, Alemán Mederos María Mislaine. Riesgos del embarazo en la edad avanzada. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2013 Jun [citado 2019 Sep 08]; 39(2): 120-127. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000200007&lng=es.
43. Chamy P Verónica, Cardemil M Felipe, Betancour M Pablo, Ríos S Matías, Leighton V Luis. RIESGO OBSTÉTRICO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS MAYORES DE 35 AÑOS. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2009 [citado 2019 Sep 08]; 74(6): 331-338. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000600003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262009000600003>.
44. Díaz Angélica, Sanhueza R Pablo, Yaksic B Nicole. RIESGOS OBSTETRICOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE: ESTUDIO COMPARATIVO DE RESULTADOS OBSTETRICOS Y PERINATALES CON PACIENTES EMBARAZADAS ADULTAS. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2002 [citado 2019 Sep 08]; 67(6): 481-487. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000600009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262002000600009>.
45. Verde ME, Varela L, Episcopo C, García R, Briozzo L, Impallomeni I, et al. Embarazo sin control: Análisis epidemiológico. *Rev Médica Urug.* julio de 2012; [citado 2019 Sep 08]; 28(2):100-7. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902012000200003.
46. Cogollo Jiménez Regina. ASPECTOS BIOPSIICOSOCIALES ASOCIADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE. 22 de noviembre de 2012 [citado 2019 Sep 08]; 385-93. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v3n1/v3n1a19.pdf>.
47. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Informe de un Grupo de Científicos de la OMS. Ginebra: OMS; 2016. [citado 2019 Sep 08]; Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250802/WHO-RHR-16.12-spa.pdf;jsessionid=85BFD95871B825AB587B9B7442D3DE35?sequence=1>.
48. Ramírez Peláez Helena, Rodríguez Gallego Isabel. Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofilial. *Revisión bibliográfica.* 7 de mayo de 2014;15 (4):e1-6.
49. Ortiz Martínez Roberth Alirio, Castillo Alejandro. Relación entre estrés durante el embarazo y nacimiento pretérmino espontáneo. *rev.colomb.psiquiatr.* [Internet]. 2016 Apr [cited 2019 Sep 08]; 45(2): 75-83. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502016000200004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.07.006>.

50. Asenjo Cruz Elena. Plan de Educación para la Salud para embarazadas adolescentes desde Atención Primaria [Internet]. [Madrid]: FRANCISCO DE VITORA MADRID; 2015. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/47059991.pdf>.
51. Tipiani Oswaldo, Tomatis Cristina. EL CONTROL PRENATAL Y EL DESENLACE MATERNO PERINATAL. Rev Per Ginecol Obstet. 2006 [citado 2019 Sep 08]; 52(4):247-52. Disponible en: <http://spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/319/290>.
52. Clarybel Miranda Mellado. Factores de capacidad en el uso de control prenatal adecuado en gestantes de Sincelejo (Colombia). Salud Uninorte. 2016;32 (3):436-51.
53. Bhattacharya S, Campbell DM, Liston WA, Bhattacharya S. Effect of Body Mass Index on pregnancy outcomes in nulliparous women delivering singleton babies. BMC Public Health. 24 de julio de 2007 [citado 2019 Sep 08]; 7:168. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17650297>.
54. Calle Andrés, Barrera Milton, Guerrero Alexander. DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO. Rev Per Ginecol Obstet. 2008; [citado 2019 Sep 08]; 54: 233-43. Disponible en: http://spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1147/pdf_137.
55. Sánchez-Nuncio Héctor Rafael, Pérez-Toga Gustavo, Pérez-Rodríguez Pedro, Vázquez-Nava Francisco. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. Junio de 2005;43(5):377-80.
56. Burón Martínez E, Aguayo Maldonado J, Española de Neonatología G de RN de la S. Reanimación del recién nacido. An Pediatría. 1 de noviembre de 2006 [citado 2019 Sep 08]; 65(5):470-7. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-reanimacion-del-recien-nacido-articulo-13094259>.
57. AVILA FABIÁN ADELA CECILIA. PREVALENCIA DE EPISIOTOMÍA Y DESGARROS PERINEALES EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ. ENERO – JUNIO 2015 [Internet]. [Lima – Perú]: UNIVERSIDAD SAN MARTIN DE PORRES; 2017. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2694/3/avila_fac.pdf.
58. Morales Máximo Diana Katherine. Complicaciones materno neonatales de la cesárea electiva versus parto vaginal en pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2015 [Internet]. [Lima – Perú]: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS; 2016. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4868/Morales_md.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
59. Alonso F. La Rosa. Complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes tempranas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de mayo del 2008 a mayo del 2012. Horiz Med. 2015;15 (1):14-20.

60. Moreno Mojica CM, Mesa Chaparro NP, Pérez Cipagauta Z, Vargas Fonseca DP. Convertirse en madre durante la adolescencia: activación del rol materno en el control prenatal. Rev Cuid. 17 de julio de 2015;6(2):1041.

8. ANEXOS

8.1 ANEXO 1. TABLA DE PRESUPUESTO

Tabla 16 Tabla de presupuesto

ITEM	APORTES MONETARIOS	APORTES NO MONETARIOS
Viaticos recolección de la muestra (12 semanas)	850.000	0
Pasajes y viaticos resto del proyecto	500.000	0
Computadores	0	2.000.000
Tablet	0	200.000
Impresiones	150.000	0
Materiales Lapices	3.000	0
Lapiceros	8.000	0
Borradores	2.500	0
Hora de asesoría temática (28.800 x 12)	0	433.320
Hora de asesoría metodológica (28.800 x 12)	0	433.320
Análisis estadístico	0	433.320
Hora de trabajo de hombre (1200000 x 3)	0	3.600.000
Imprevistos (10% DE 8.613.460)	861.346	0
TOTAL POR ITEM	2.374.846	7099960
TOTAL GLOBAL	9.474.806	

Fuente: elaboración propia

8.2 ANEXO 2. CRONOGRAMA

Tabla 17 Cronograma

Actividades/meses	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Diseño detallado del proyecto									
Actualización y elaboración del marco teórico									
Diseño y puesta a punto de los instrumentos									
Reclutamiento, entrevistas y trabajo de campo									
Revisión Comité de Ética									

Actividades/meses AÑO 2019	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
Actualización y elaboración del marco teórico											
Reclutamiento, entrevistas y trabajo de campo											
Análisis de datos											
Procesamiento de los datos											
Redacción del informe final											
Revisión del manuscrito											
Preparación defensa de la investigación											
Presentación de la investigación											
Presentación en evento científico											

Fuente: elaboración propia

8.3 ANEXO 3. AVAL COMITÉ DE ETICA UNAC

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
ASPECTOS ÉTICOS A TENER EN CUENTA PARA LA EVALUACIÓN ÉTICA
DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**

Ciudad: Medellín Acta No: 001 Fecha: 3 de mayo de 2017

Nombre del investigador: Lisney Maryori Arenas Hernandez

Título de la investigación: EFECTIVIDAD DE UNA ESTRATEGIA DE EDUCACION EN CUIDADOS PUERPERALES PARA EL BINOMIO MADRE E HIJO

Argumente si:

¿La investigación tiene valor, importancia social, científica o clínica, en los términos de Ezequiel Emanuel?

La investigación tiene importancia social para buscar prevenir complicaciones a madre e hijo en el periodo puerperal y neonatal. Tiene valor científico para ampliar la educación que actualmente se imparte en el posparto

¿Por medio del protocolo de investigación, se evidencia la validez científica de la investigación?

Tiene sustento científico en la justificación del proyecto

¿Es posible la realización de la investigación, en la forma en que está planteada?

Es posible porque no tiene limitantes éticos o de fondo

**Según lo consignado en el aparte del proyecto de investigación denominado,
consideraciones éticas**

Y a partir de la Resolución 8430 de 1993

- Nombre del tipo de riesgo: es de riesgo mínimo

- Sustente por qué: porque no hay intervención con procesos invasivos, solo en toma de datos antropométricos

Recomendaciones: ninguna.

¿Los siguientes principios bioéticos se tratan en el aparte de consideraciones éticas?

Principios	S	No	Se	Relación de dicho principio con la
			menciona	investigación
			solamente	
Respeto a la autonomía	X			Consentimiento Informado
Respeto a la privacidad y a la intimidad de los sujetos de investigación	X			
Beneficencia y/o no maleficencia	X			
Justicia, en los términos de igualdad y equidad	X			
Respeto a la confidencialidad en la publicación de los resultados	X			

en relación con las
instituciones,
cuando la
situación lo
amerite

¿Se debe solicitar consentimiento informado? SI (X) NO ()

¿Cuántos de ellos? todos ¿A quiénes? a las
 madres

Sustente por qué: necesidad de información acerca de la importancia del estudio

Recomendaciones: ninguna

- Se da el aval ético para la realización de la investigación (SÍ)
- Es necesario hacer ajustes a los aspectos éticos y volver a presentar el protocolo al Comité (no)

¿En qué términos?

- Se niega el aval ético para el protocolo de investigación (no)

¿En qué términos?

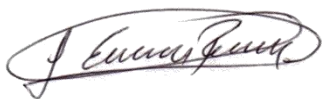
Algunas otras notas para él y o los investigadores responsables del proyecto, relacionadas con:

- El seguimiento del proyecto en cuanto al componente ético de la investigación por parte del Comité.
- Los Informes semestrales o anuales, según se considere, de los avances de la investigación.
- El Informe de la finalización de la investigación.
- La notificación de la aprobación de la investigación.
- La publicación de los resultados de la investigación.

Nombre y cargo del presidente del Comité de Ética en Investigación

Luis Enrique Ribero, Vicerrector Académico

Firma de aprobación por parte del presidente del Comité



8.4 ANEXO 4. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS EN EXCEL

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS					
CODIGO	EDAD	LUGAR DE RESIDENCIA	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	COBERTURA EN SALUD

VARIABLES MATERNAS				
MORBILIDAD	IMC	DESGARR	COMPLICACIÓN	PLANEACIÓN

NEONATALES						
COMPLICACIONES DURANTE PARTO	PESO	TALLA	PC	PT	PA	APGAR

ANTECEDENTES	
EG EN EL PARTO	CPN ASISTIDO

Fuente: elaboración propia

8.5 CERTIFICADO ASISTENCIA ENCUENTRO INTERNO DE SEMILLEROS UNAC





CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

DIRECCION DE INVESTIGACIÓN

CERTIFICA QUE

Mariana Castaño Ortiz

Participo en el VII Encuentro Interno de semilleros de Investigación
realizado el 27 y 28 de marzo de 2019 con el proyecto:

**Resultado Obstétrico en Binomios Madre e Hijo con atención Prenatal Incompleta
2018-2.**

ANA CRISTINA ZUÑIGA
Directora Investigación Unac



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

DIRECCION DE INVESTIGACIÓN

CERTIFICA QUE

Lisney Maryori Arenas Hernández

Participo en el VII Encuentro Interno de semilleros de Investigación
realizado el 27 y 28 de marzo de 2019 con el proyecto:

***Resultado Obstétrico en Binomios Madre e Hijo con atención Prenatal Incompleta
2018-2.***

ANA CRISTINA ZUÑIGA
Directora Investigación Unac



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

DIRECCION DE INVESTIGACIÓN

CERTIFICA QUE

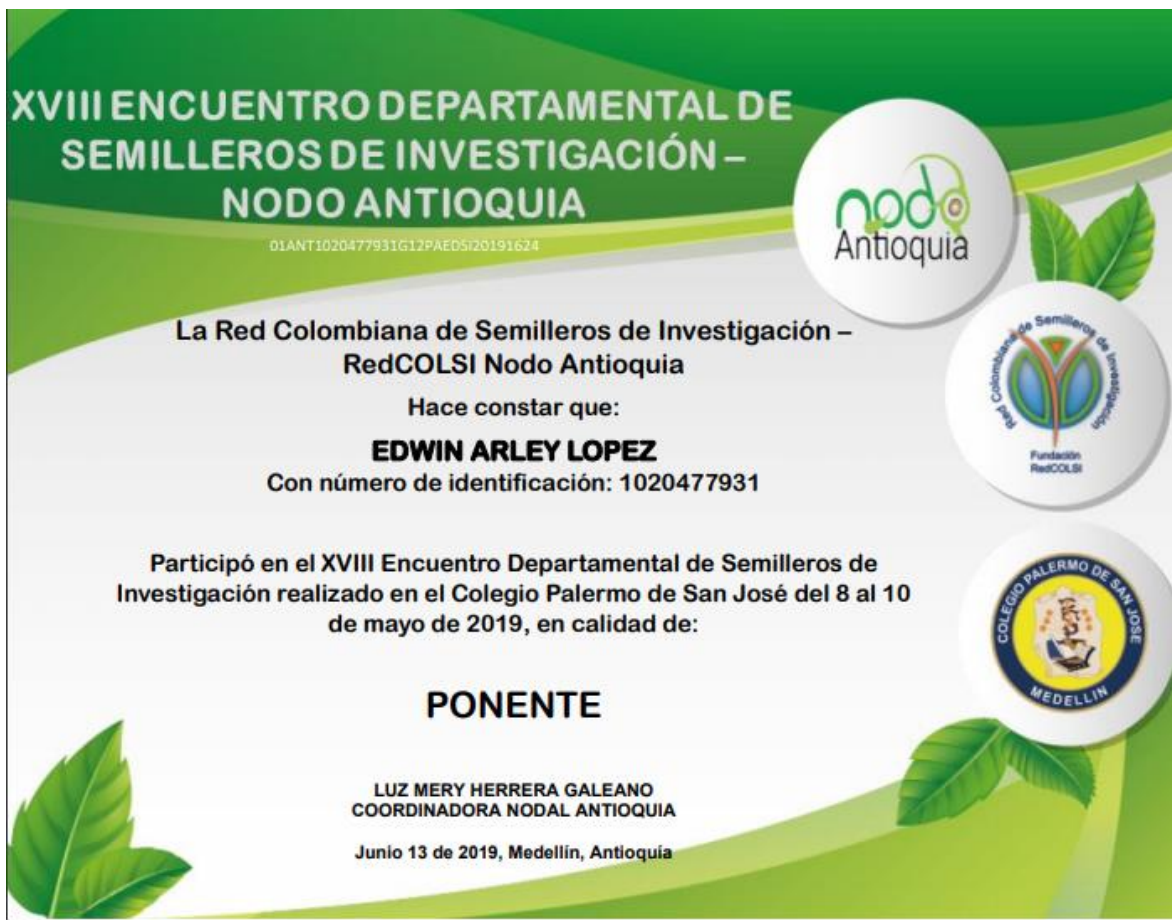
Catheryn Rodríguez Camelo

Participo en el VII Encuentro Interno de semilleros de Investigación
realizado el 27 y 28 de marzo de 2019 con el proyecto:

**Resultado Obstétrico en Binomios Madre e Hijo con atención Prenatal Incompleta
2018-2.**

ANA CRISTINA ZUÑIGA
Directora Investigación Unac

8.6 CERTIFICADO PARTICIPACIÓN XVIII ENCUENTRO DEPARTAMENTAL DE SEMILLEROS DE INVESTIGACIÓN, NODO ANTIOQUIA



8.7 CERTIFICADO PARTICIPACIÓN V ENCUENTRO NACIONAL DE SEMILLEROS DE INVESTIGACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS

Certifica que el trabajo titulado:

Resultado obstétrico de binomios madre e hijo con atención prenatal incompleta.

Realizado por los siguientes autores:

Mariana Felisa Castaño Ortiz, Edwin Arley López Pérez, Angie Catheryn Rodríguez Camelo, Lisney Maryori Arenas Hernández


Fue presentado en la modalidad: Póster

En el En el V Encuentro Nacional de Semilleros de Investigación de Ciencias de la Salud

Realizado en Bogotá, D.C., Colombia, 21,22 y 23 de agosto de 2019

En constancia firman:


Dr. Sergio Parra Duarte
Rector


Dr. Edgar Muñoz Vargas
Vicerrector Académico

Vigilada Mineducación