

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

*Arenas, Lisney<sup>1</sup> / Castaño, Mariana<sup>2</sup>  
López, Edwin<sup>3</sup> / Rodríguez, Angie<sup>4</sup>*

## Introducción

En las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se concibe 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 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 resaltan, además, los altos índices de morbilidad materna y perinatal en aquellos países tercermundistas en donde se evidencian 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, debido a que la salud de las madres representa un factor

<sup>1</sup> Docente del Programa de Enfermería de la Corporación Universitaria Adventista.

<sup>2</sup> Estudiante del Programa de Enfermería de la Corporación Universitaria Adventista.

<sup>3</sup> Estudiante del Programa de Enfermería de la Corporación Universitaria Adventista.

<sup>4</sup> Estudiante del Programa de Enfermería de la Corporación Universitaria Adventista.

Correspondencia: liarenas@unac.edu.co

común en las muertes neonatales. (2)

Por lo anterior, con la presente investigación se 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.

## 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 podrían afectar su bienestar; de esta manera, contribuye a disminuir la mortalidad materna y perinatal. (3)

A pesar de esto, la 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 visitas clínicas poco frecuentes por parte de las gestantes. (1)

Como consecuencia, una de las problemáticas que más se presentan 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. (4)

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, sí se han realizado proyectos y acciones encaminados 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 pueden ver reducciones significativas en las tasas de afectaciones del binomio madre-hijo. (5)

Por tanto, es indispensable el inicio temprano de la atención a la gestante, pues aquella permite el seguimiento adecuado, al igual que una detección y tratamiento oportunos para las posibles alteraciones que presenten las gestantes y esto ponga en riesgo la salud del binomio (6). 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, aun 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 de no acudir a los controles prenatales y así incentivar la asistencia a los mismos, 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 presentan las citas asignadas. (7)

## Justificación

En Colombia, el cuidado del binomio madre e hijo es priorizado debido a las altas tasas de muertes que se presentan como consecuencia de las complicaciones durante el embarazo, trabajo de parto y puerperio; como evidencia, el Instituto Nacional de Salud, de Colombia, en 2018, señala 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 números de estas muertes son registrados en el periodo perinatal, con predominio de bebés con condiciones de prematuridad, bajo peso y una restricción del crecimiento intrauterino. (8)

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 trae consigo consecuencias graves tanto para el bienestar de una familia como de la 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 término, entre otros. (9)

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 cómo 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.

## **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.

### **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.

## **Metodología**

La investigación fue de tipo descriptivo, pues se estableció 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.

### **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.

## **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 crite-

rios de selección.

## ***CRITERIOS DE SELECCIÓN***

### ***Criterios de inclusión***

- Pacientes primíparas o secundíparas.
- Puérperas que hayan acudido a siete 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.

### ***Criterio de exclusión***

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

### ***Criterios de eliminación***

Historias clínicas con información ambivalente.

## ***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, teniendo 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.

### TABLA DE VARIABLES

	Nombre de la variable	Según objeto de estudio	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categorías o valores
<b>Sociodemográficos</b>	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
	<b>Maternas</b>	CONTROL PRENATAL	Independiente	Cuantitativa	Discreta	Número de controles
Índice 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
Complicación		Dependiente	Cualitativa	Nominal		Sí No
Tipo de complicación		Dependiente	Cualitativa	Nominal	Tipo de complicación	Reanimación Código rojo Ambas
Desgarro		Dependiente	Cualitativa	Ordinal	Grado	1, 2, 3, 4

<b>Neonatales</b>	APGAR	Dependiente	Cuantitativa	Continua Razón	Tiempo	Al minuto A los 5 minutos
	Peso	Dependiente	Cuantitativa	Discreta Razón	Miligramos	Menos de 2.500 gra- mos Entre 2.500 y menos de 4.000 gramos Mayor de 4.000 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 abdo- minal	Dependiente	Cuantitativa	Discreta	Centímetros	Menor de 30 cm 30 – 33 cm Mayor de 33 cm

## **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.



## ASPECTOS ÉTICOS

La Declaración de Helsinki, el Código de Nuremberg y la Resolución 8430 de 1993, como se menciona en el capítulo IV, hablan sobre los principios éticos y criterios por los cuales se debe desarrollar la investigación en seres humanos, y están implicados 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 trabajo 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 UNAC. (10) (11)

### Resultados

#### Caracterización sociodemográfica

##### Edad de la paciente en el momento del parto

Tabla 1. Edad de la paciente en el momento del parto.

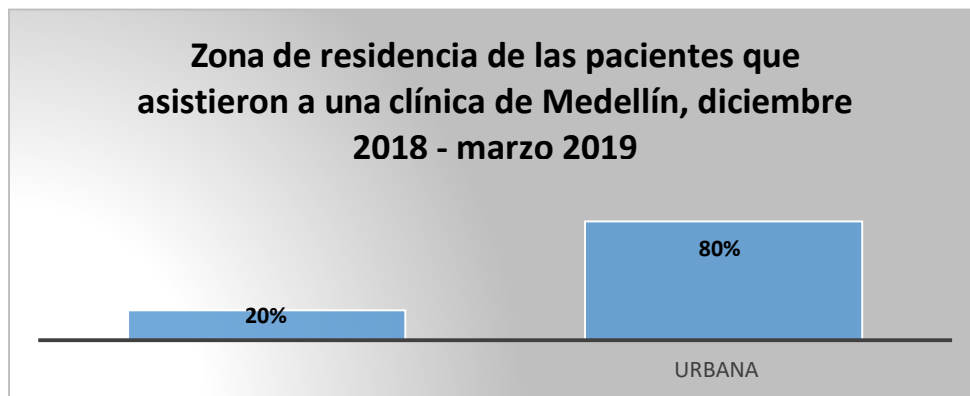
EDAD DE LA PACIENTE	Fi	Fa	Fr	Frc	F%
14 A 18	7	7	0,08	0,08	8%
19 A 23	23	30	0,261	0,34	26%
24 A 28	35	65	0,4	0,74	40%
29 A 34	19	84	0,215	0,955	21%
35 A 39	3	87	0,034	0,989	3,40%
39 A 42	1	88	0,011	1	1,10%
TOTAL	88		1		100%

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).

### Zona de residencia de las pacientes

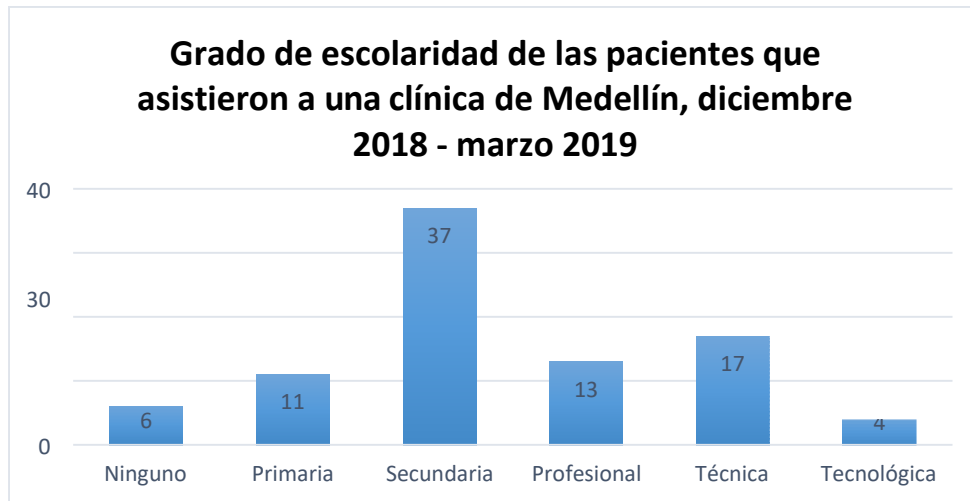
Gráfica 1. Zona de residencia de las pacientes.



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. (Gráfica 1).

### Grado de escolaridad de las pacientes.

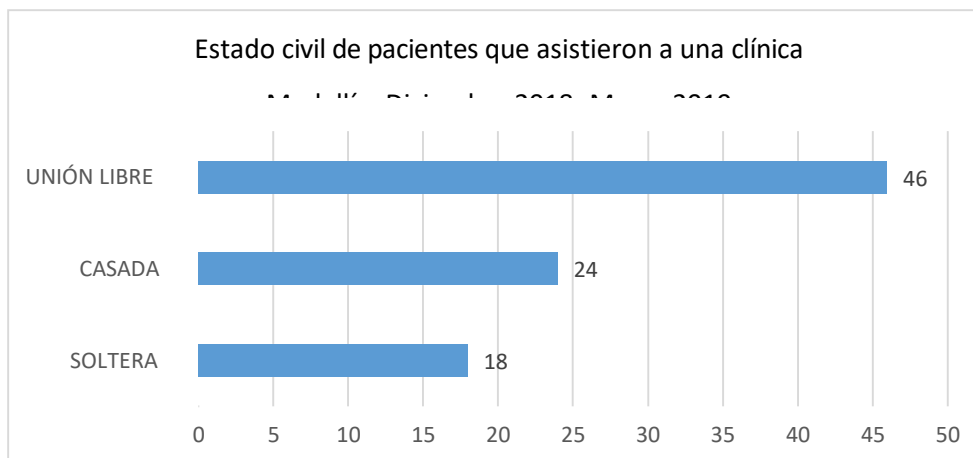
Gráfica 2. Grado de escolaridad de las pacientes.



La Gráfica 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 11 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, la misma Gráfica 2 indica que la formación técnica y superior tampoco es garantía de que se comprenda o que se pueda acceder al control prenatal. Estado civil de las pacientes

### Estado civil de las pacientes

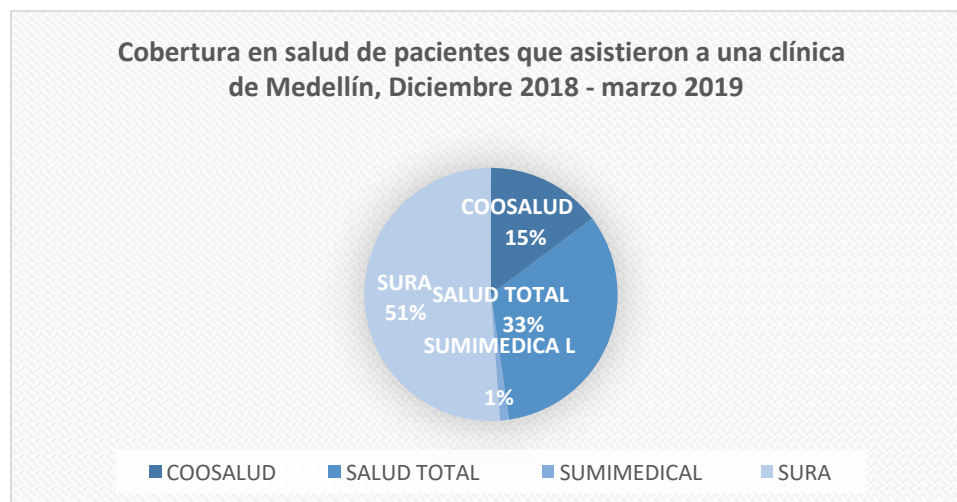
Gráfica 3. Estado civil de las pacientes.



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

## Cobertura en salud de las pacientes

Gráfica 4. Cobertura en salud de las pacientes.



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

## VARIABLES MATERNAS

### Semanas de gestación

Tabla 2. Semanas de gestación.

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

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).

### Número controles prenatales asistidos

Tabla 3. Número de controles prenatales asistidos.

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

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 uno a cuatro controles, lo que genera un inadecuado seguimiento en el que es difícil conocer de manera apropiada el proceso de gestación. Por último, el 72,7% tuvieron de cinco a siete controles.

## Presencia de enfermedades durante la gestación

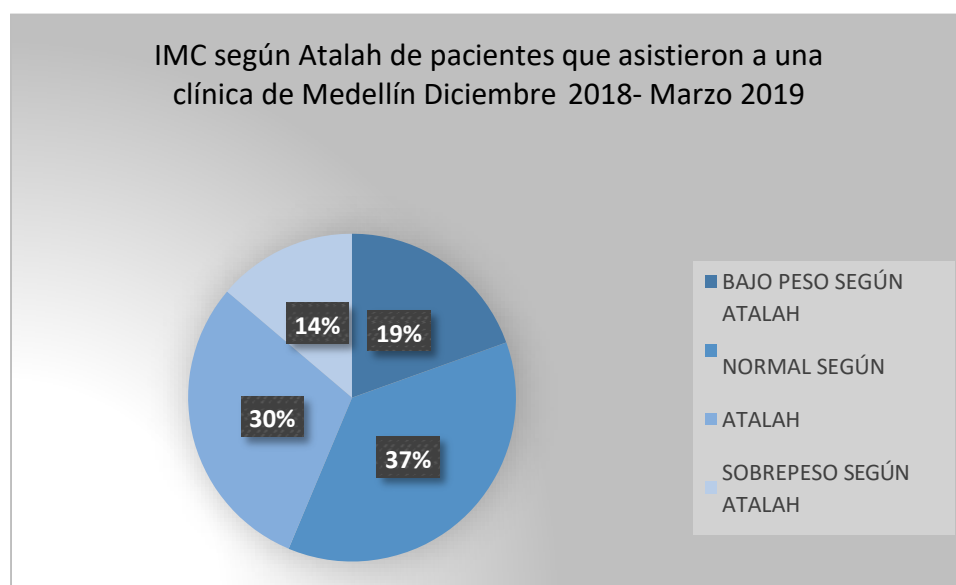
Tabla 4. Presencia de enfermedades durante la gestación.

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

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).

## IMC según Atalah de las pacientes

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

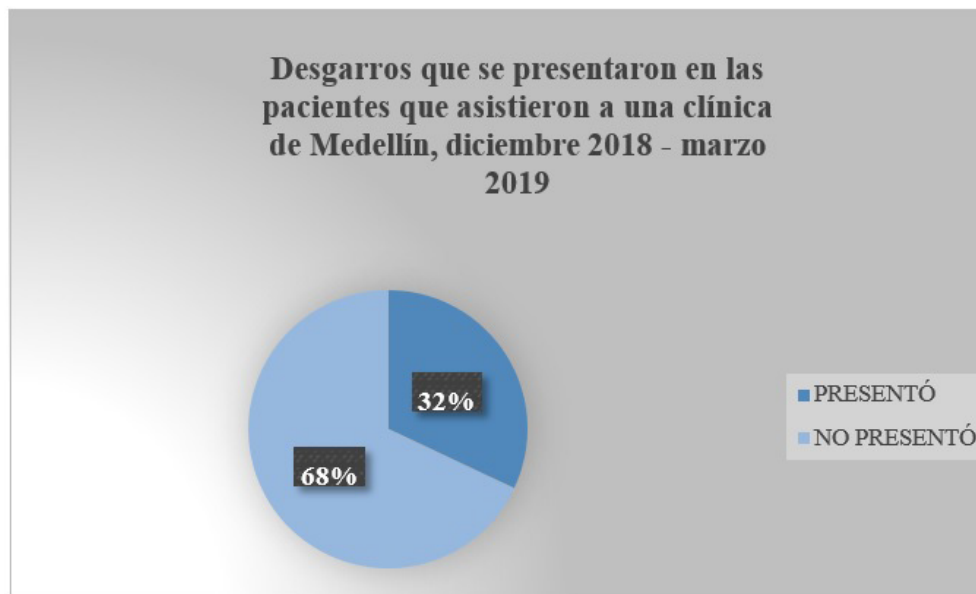


El 67% de las pacientes se encontraban con sobrepeso u obesidad, en compara-

ción con bajo peso con un 19%, lo que nos muestra el aumento del riesgo por su estado nutricional comparado con sus semanas de gestación. (Gráfica 5).

### Desgarros que se presentaron en las pacientes

Gráfico 6. Desgarros que se presentaron en las pacientes.



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% sí lo sufrió; según la evidencia científica actual, aumenta la probabilidad de sufrir otras complicaciones por la severidad del desgarro. (Gráfica 6).

### Tipos de desgarros

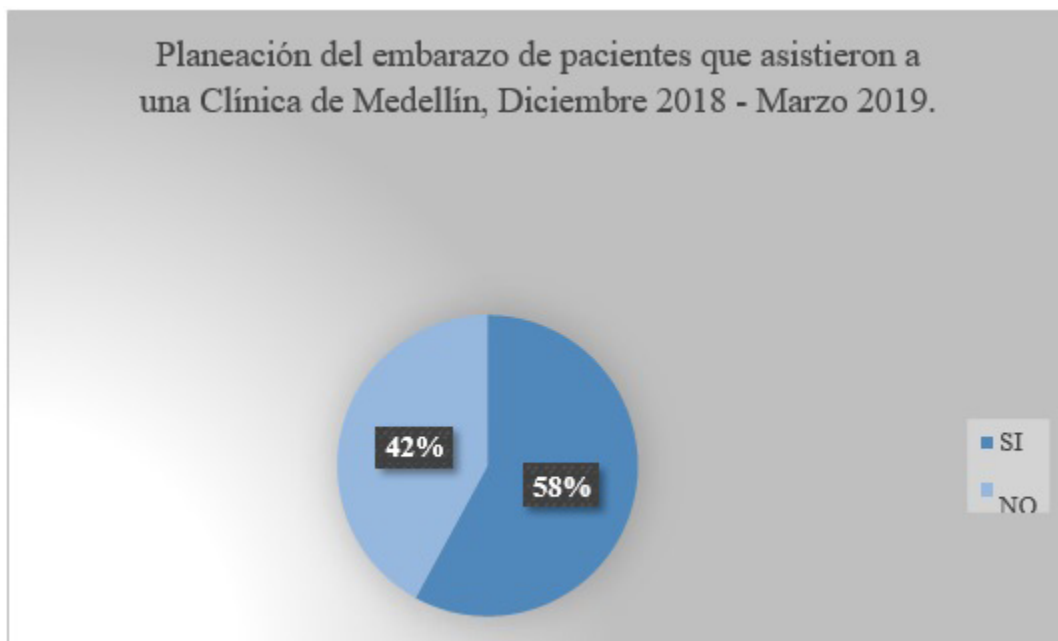
Tabla 5. Tipos de desgarros.

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

Los desgarros grados 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).

### Planeación del embarazo

Gráfica. 7. Planeación del embarazo. Planeación del embarazo de pacientes que asistieron a una clínica de Medellín, diciembre 2018 - marzo 2019

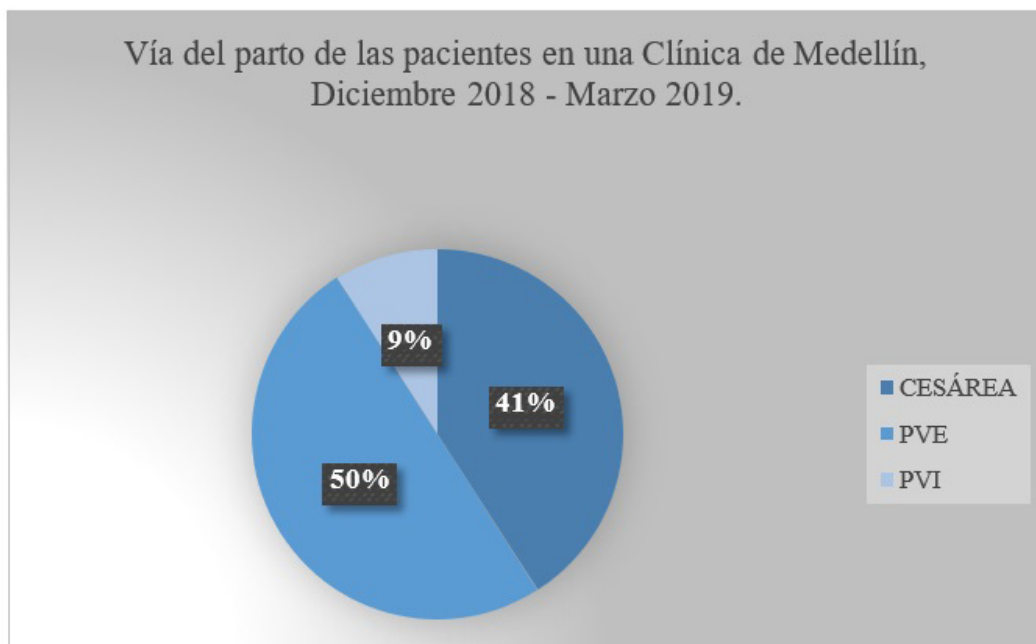




La Gráfica 7 resalta que, de las pacientes incluidas en la investigación, 42% no planearon el embarazo, lo que puede ocasionar poca adherencia a los controles prenatales.

### Vía del parto

Gráfica 8. Vía del parto. Vía del parto de las pacientes en una clínica de Medellín, diciembre 2018 - marzo 2019.



Se evidencia en la Gráfica 8 que el 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.

## VARIABLES NEONATALES

### 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%

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

### 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%
SÍ	10	10	0,114	0,114	11,4
NO	78	88	0,886	1	88,6
TOTAL	88		1		100

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

## Tipos de complicaciones

Tabla 8. Tipos de complicaciones.

TIPO DE COMPLICACIÓN	Fi	Fa	Fr	Frc	F%
CÓDIGO 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

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.

## 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%

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 2.500 y 4.000 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.

## APGAR tomado al minuto del nacimiento

Tabla 10. APGAR tomado al minuto del nacimiento.

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

Se vio 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).

## APGAR a los 5 minutos

Tabla 11. APGAR tomado a los 5 minutos del nacimiento. Espacio abajo

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

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)

## 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%.

### 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

### Estadísticos de grupo

	VIA DE TERMINACIÓN DEL PARTO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES PVE CESÁREA		44	5,18	1,859	,280
		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	Se han asumido varianzas iguales	1,385	,243	,589	78	,558	,265	,450	-,632	1,162
	No se han asumido varianzas iguales			,580	69,311	,564	,265	,457	-,647	1,178

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.

## Control prenatal y planeación del embarazo

Tabla 13. Control prenatal y planeación del embarazo.

### 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	8,881	,004	3,575	86	,001	1,450	,406	,644	2,257
	No se han asumido varianzas iguales			3,384	60,743	,001	1,450	,429	,593	2,308

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

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

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

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



## Vía del parto y complicaciones

Tabla 15. Vía del parto y complicaciones.

**Tabla de contingencia PRESENCIA DE COMPLICACIONES \* VÍA DE TERMINACIÓN DEL PARTO**

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

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

### Discusión

El intervalo de edad que más se encontró fue de 24 - 28 años, 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 en 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 relaciona una serie de resultados obstétricos desfavorables, tales como

el retardo del crecimiento del feto y el parto pre término; añadida 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. (12)

En un estudio sobre riesgos obstétricos en el embarazo adolescente, las autoras observaron que al comparar a aquéllas con embarazadas de entre 20 y 29 años, el retardo del crecimiento intrauterino, el parto prematuro y los recién nacidos de bajo peso fueron lo más representativo, lo que muestra una estrecha relación entre la edad y el resultado obstétrico. (13)

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; y se puede afirmar que el nivel de estudio hace evidenciar la importancia de tener unas citas prenatales completas y el seguimiento al estado de gestación oportuno. (14)

Además, el bajo nivel educativo dificulta conocimientos elementales sobre la sexualidad, más, cuando los programas de educación sexual y reproductiva en los colegios no llevan el éxito esperado. (15)

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. (15)

En lo que concierne a área de residencia, en la presente investigación se encontró que un 20% de mujeres 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 halla 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. (16)

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; contando con el apoyo de su pareja podrá incrementar su visita a los centros de salud, teniendo una experiencia positiva de su embarazo. (17)

Todo lo anterior lo sustentan 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 presente 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; asimismo, le permite afianzar su autocontrol y presentar sentimientos positivos durante el embarazo, parto y puerperio. (18)

Lo anterior es muy importante, si se tiene en cuenta que 42 % de las puérperas no

planearon su embarazo, lo que se refleja en 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. (19)

De hecho, un hallazgo importante en la clínica de tercer nivel de la ciudad de Medellín, es que el 5% de púerperas que asistieron solo a entre uno y cuatro 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 debido al uso inadecuado de la atención en salud. (20)

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 aquellas pacientes que tuvieron controles prenatales adecuados y las que tuvieron controles inadecuados en relación con patologías como hemorragias en el tercer trimestre, trastornos hipertensivos gestacionales, entre otros. (21)

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; por esto, asistiendo a todas las citas se monitorizará el desarrollo del embarazo detectando tempranamente alteraciones para así disminuir la morbimortalidad materna y perinatal. (22)

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., se habla de los efectos del IMC en el resultado del embarazo, mencionando que el aumento de este se asocia con una mayor incidencia de pree-

clampsia, 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. (23)

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 de 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 desencadene un código rojo, para así disminuir los efectos de esta emergencia, y de igual manera, reducir la morbilidad materna. (24)

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. (25)

En cuanto a las complicaciones presentadas en la madre, como los desgarros, tuvieron una frecuencia del 32% en las puérperas de una clínica de Medellín; sin embargo, una investigación desarrollada en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, se 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 en el año 2015, mencionó que el 93.75% de las puérperas episiotomizadas tuvieron control prenatal. (26)

De igual manera, Paliza asegura que, aquellas gestantes que realizaron un control prenatal adecuado, tuvieron mayores complicaciones obstétricas, como los desgarros vulvoperineales (76%), que aquellas que presentaron menor número de controles prenatales (29.3%), siendo una diferencia significativa estadísticamente. (26)

Un aspecto importante, en cuanto a la morbilidad materna, es que se observa que

31,8% 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”, se señala 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 y 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. (27)

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 500-999 cc 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. (26)

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 cinco minutos posteriores; se evidenció que en la población estudiada, el APGAR al minuto con una puntuación menor a 8 fue del 5%, y a una nueva toma teniendo como 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 aná-

loga 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 cinco 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 aquellos es la mejor opción para el sistema de salud y del binomio madre-hijo. (28)

Por otro lado, al realizar el análisis bivariado se encuentra que aquellas mujeres que tuvieron menos de cuatro controles prenatales incluyeron en el 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 requieren una cesárea electiva y hacer toda la planeación adecuada. (29)

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 planeó 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, y 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 espontáneo (PVE) se presentaron complicaciones, en un 6.8%; sumado a las variables anteriores, se indica que el seguimiento al embarazo por medio de los controles puede beneficiar en disminuir el grado de severidad de las complicaciones. (22), (29)

Se evidenció que 18.18 % de las gestantes que no planearon su embarazo, asistie-



ron 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. (30)

Además, se observa que de las puérperas que no planearon su embarazo, 2,2% presentaron complicaciones y, en un 7,9% las que sí lo planearon. Aunque planificar el embarazo ayuda a tomar medidas preventivas y de preparación física, no asegurará la erradicación de las posibles complicaciones.

## Conclusiones

En lo expuesto a lo largo de este trabajo y posterior al análisis de los resultados derivados de la aplicación del instrumento, es propio mencionar el cumplimiento de los objetivos. Por ende, se afirma que el resultado obstétrico se ve determinado por la atención prenatal que presenten las gestantes, puesto que, si estas no asisten al control, no se conocerá su proceso de gestación y posibles alteraciones.

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 cuenta es que el resultado obstétrico negativo en estas edades aumenta de manera significativa a causa de la fisiología y anatomía. El ser soltera y el no tener una red de apoyo puede incidir en la falta de asistencia al control y, por consiguiente, no conocer su proceso de gestación, obviando una alteración en su embarazo y 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 lleva a que no se logre un resultado obstétrico en óptimas condiciones, mientras que durante el parto se presentaron hemorragia pos parto y condiciones que obligaron a la reanimación neonatal, lo que reflejó las posibles consecuencias de no asistir a los controles prenatales; 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.

### **Recomendaciones**

Conforme a los resultados obtenidos en la investigación, se resaltan los profesionales de salud en la educación a las pacientes, para que estas conozcan la importancia de los controles prenatales y así mismo, se adhieran a ellos, teniendo como resultado un registro completo de su embarazo.

Para lograr esto, debe darse una educación de calidad con soporte científico en 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, 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 estos, el personal de salud logre llevar un registro oportuno del embarazo, indagando sobre posibles altera-

ciones que se presenten durante el mismo o mejorar conductas de salud para que el binomio madre e hijo se encuentre en óptimas condiciones durante el parto y postparto.

## Bibliografía

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. Análisis de Situación de Salud, Colombia 2017. Bogotá: El Ministerio; 2017.
3. Fiesco Lpe, Guzmán Ll, Córdoba 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. Moya-Plata D., Guiza-Salazar I. J., Mora-Merchán M. A. 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>
5. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud, Colombia 2016. Antioquia: El Ministerio; 2016.
6. Mellado CM, Ávila IC. Factores de necesidad asociados al uso adecuado del control prenatal. Revista Cuidarte. 1 de julio de 2016; 7(2):1345-51.
7. Martha Raile Alligood. Modelos y teorías de enfermería. Octava edición. España: Elsevier; 2014: 293-311.
8. Decreto 1170 del 2015, de Mortalidad Perinatal y Neonatal. (Boletín Epidemiológico Semanal, número 32 de 05-08-18).
9. 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.
10. Argentina. Tribunal Internacional de Núremberg. Código de Núremberg. La Plata, 1989.
11. 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=s->

- ci\_arttext&pid=S0138-600X2013000200007&lng=es
12. 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.
  13. Díaz Angélica, Sanhueza R Pablo, Yaksic B Nicole. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos 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](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000600009&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262002000600009>.
  14. 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](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902012000200003)
  15. Cogollo Jiménez Regina. Aspectos biopsicosociales 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>.
  16. 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://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112017000200305&lng=es). <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.59704>. no punto
  17. 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>
  18. 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 paternofamiliar. Revisión bibliográfica. 7 de mayo de 2014;15 (4): e 1-6

19. 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://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>.
20. Asenjo Cruz Elena. Plan de Educación para la Salud para Embarazadas Adolescentes desde Atención Primaria [Internet]. [Madrid]: FRANCISCO DE VICTORIA MADRID; 2015. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/47059991.pdf>
21. 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>.
22. 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.
23. 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>
24. 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](http://spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1147/pdf_137)
25. 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>
26. 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. Tesis para optar el Título de Licenciada en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina E.A.P. de Obstetricia. Lima – Perú. 2016.

27. 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.
28. 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 Méd.* 2015; 15(1): 14-20.
29. 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.