DESCRIPCIÓN DE MORBIMORTALIDAD EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES CON CONTROLES PRENATALES COMPLETOS Y MADRES SIN CONTROLES PRENATALES COMPLETOS EN PACIENTES GESTANTES CON ATENCIÓN OBSTÉTRICA BRINDADA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO DEL 2022 Y JULIO DEL 2022.

MIGUEL ANGEL HERRERA ALBARRACIN
JESUS ADRIAN VERGEL ORTEGA

TUTORA: DRA. PAOLA MONCADA BLANCO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PREGRADO DE MEDICINA
CÚCUTA
2023

TABLA DE CONTENIDO

1. MARCO TEÓRICO
    1.1. DEFINICIÓN DE ATENCIÓN PRENATAL
    1.2. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS CONTROLES PRENATALES EN COLOMBIA
    1.3. EXAMEN FÍSICO Y EXÁMENES DE LABORATORIO
    1.4. DETECCIÓN TEMPRANA DE ENFERMEDADES MATERNO-FETALES
2. MARCO LEGAL
3. OBJETIVOS
    3.1. OBJETIVO GENERAL
    3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
4. METODOLOGÍA
    4.1. TIPO DE ESTUDIO
    4.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN
        4.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN
        4.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
5. RESULTADOS
6. CONCLUSIÓN
7. REFERENCIAS

RESUMEN

El presente proyecto pretende resaltar la importancia de la prevención de los riesgos materno fetales gracias a controles prenatales, por su estrecha relación con el desenlace del embarazo. Toda vez que el embarazo es un periodo caracterizado por tener diversos riesgos, tanto para las maternas como para el feto. Por eso, a nivel mundial y en nuestro país, se implementaron los controles prenatales, los cuales tienen un papel fundamental a la hora de obtener una prevención primaria a las mujeres gestantes, pues tamiza factores importantes como: descartar posibilidad de incompatibilidad sanguinea, descartar patologias frecuentes que pueden generar abortos expontaneos como infeccion de vias urinarias, descartar la presencia de diabetes gestacional, descartar riesgo de generar parto pretermino, descartar riesgo de infecciones intrauterinas, descartar presencia de malformaciones o sindromes congenitos con ecografias obstreticas, descartar procesos infecciosos maternos que puedan afectar al feto (perfil TORCH: VIH, sífilis, toxoplasmosis, rubéola, hepatitis B, etc), entre otras funciones. Por lo anterior, en los programas de promoción y prevención familiar se da tanta importancia a los controles prenatales maternos, en cantidad y tiempos oportunos, para prevenir el riesgo de todo lo anteriormente mencionado. Por esto, encontramos la necesidad de investigar y comprobar si la prevención a través de los controles prenatales en maternas, tiene incidencia directa en el desenlace del embarazo, que es la morbimortalidad neonatal. Usando una metodología que tiene como insumo principal la base de datos de Mujeres Colombianas o extranjeras con permiso protección temporal que tuvieron un periodo expulsivo en el Hospital Universitario Erasmo Meoz entre el tiempo de 01/01/2022 hasta el 30/06/2022, recolectando información de sus periodos expulsivos de las maternas mencionadas anteriormente, teniendo como posibles desenlaces un recién nacido vivo, un recién nacido prematuro o un mortinato. Adicionalmente, analizar en cada de una de estas maternas cuántos controles prenatales se habían realizado al momento de llegar a la institución, teniendo presente como controles prenatales completos al menos 7 o más controles prenatales, y como controles prenatales incompletos las madres que tengan menos de 7 controles prenatales. Y con base a esto, obtener la proporción de morbimortalidad de los recién nacidos con madres con controles prenatales completos vs la proporción de morbimortalidad de los recién nacidos con madres sin controles prenatales completos, con el objetivo de saber si los controles prenatales que se realizan en nuestro país son una medida de prevención primaria suficiente y eficaz para la prevención y disminución del riesgo de morbimortalidad neonatal.

PALABRAS CLAVES: Prevención, controles prenatales, embarazo, recién nacido, morbimortalidad fetal.

SUMMARY

This project aims to highlight the importance of preventing maternal-fetal risks thanks to prenatal controls, due to its close relationship with the outcome of pregnancy. Since pregnancy is a period characterized by various risks, both for the mother and for the fetus. For this reason, worldwide and in our country, prenatal controls were implemented, which have a fundamental role in obtaining primary prevention for pregnant women, since it screens important factors such as: ruling out the possibility of blood incompatibility, ruling out pathologies that can generate spontaneous abortions such as urinary tract infection, rule out the presence of gestational diabetes, rule out the risk of generating preterm labor, rule out the risk of intrauterine infections, rule out the presence of malformations or congenital syndromes with obstetric ultrasound, rule out maternal infectious processes that may affect the fetus (TORCH profile: HIV, syphilis, toxoplasmosis, rubella, hepatitis B, etc.), among other functions. Due to the above, in family promotion and prevention programs, so much importance is given to maternal prenatal check-ups, in quantity and timely, to prevent the risk of all of the aforementioned. For this reason, we find the need to investigate and verify if prevention through prenatal check-ups in maternal mothers has a direct impact on the outcome of pregnancy, which is neonatal morbidity and mortality. Using a methodology that has as its main input the database of Colombian or foreign women with temporary protection permission who had an expulsive period at the Erasmo Meoz University Hospital between the time of 01/01/2022 to 06/30/2022, collecting information of their expulsive periods of the aforementioned maternal, having as possible outcomes a live newborn, a premature newborn or a stillbirth. Additionally, to analyze in each of these mothers how many prenatal check-ups had been performed at the time of arrival at the institution, taking into account as complete prenatal check-ups at least 7 or more prenatal check-ups, and as incomplete prenatal check-ups mothers who are less than 7 prenatal controls. And based on this, obtain the proportion of morbidity and mortality of newborns with mothers with complete prenatal check-ups vs. the proportion of morbidity and mortality of newborns with mothers without complete prenatal check-ups, in order to know if the prenatal check-ups that are carried out in our country are a sufficient and effective primary prevention measure for the prevention and reduction of the risk of neonatal morbidity and mortality.

KEYWORDS: prevention, prenatal controls, pregnancy, newborn, fetal morbidity and mortality.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. DEFINICIÓN DE ATENCIÓN PRENATAL:

La atención prenatal materna es un aspecto crucial de la atención médica que se brinda a las mujeres embarazadas. Los controles prenatales maternos son visitas médicas regulares que tienen como objetivo monitorear el bienestar de la madre y el feto durante el embarazo. En estas visitas, se realizan exámenes médicos, se hacen pruebas de laboratorio y se brinda información y asesoramiento sobre temas como la nutrición, el ejercicio, el parto y la lactancia. Según la "guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio" del ministerio de salud de Colombia, se recomienda con grado de recomendación A, que los controles prenatales de una mujer con embarazo de bajo riesgo o de curso normal, sea realizado por profesionales de medicina general o enfermería especializado en el cuidado materno-perinatal. Los controles realizados por ginecobstetricia se reservan para pacientes con embarazos de alto riesgo o con alguna patología o enfermedad diagnosticada que deba tener un control y manejo más especializado.

Se recomienda la realización del primer control prenatal en el primer trimestre, específicamente se recomienda un control antes de la semana 10 de gestación o si es posible, preconcepcional. La duración del primer control prenatal en Colombia se tiene como objetivo con duración de 30 minutos o más. Para los demás controles ya se puede manejar una duración de 20 minutos.

Las últimas guías de práctica clínica varían según la fuente y el país en el que se aplican, por lo que es importante que la atención prenatal materna sea individualizada y adaptada a las necesidades específicas de cada mujer embarazada. Sin embargo, en general, se recomienda que las mujeres embarazadas reciban al menos 8 a 10 visitas prenatales durante su embarazo, independientemente de si son multigestantes o primigestantes. En Colombia, según la guía de práctica clínica mencionada anteriormente, se recomienda que una mujer primigestante con un embarazo de curso normal, se realice un programa de diez controles prenatales. Para una mujer multigestante con un embarazo de curso normal, se recomienda la realización de al menos siete controles prenatales. Pero, para la realización de este proyecto de investigación, se va a tomar como controles prenatales completos la realización de 7 o más controles, independientemente de si la paciente es multigestante o primigestante. Teniendo como consideración las condiciones socioculturales de nuestra población y las dificultades que se puedan presentar a la hora de ejercer un control materno-fetal.

El primer paso en la atención prenatal materna es la evaluación inicial. En este examen, se evalúa la salud general de la madre y se determina la fecha probable de parto. También se realiza un examen pélvico para evaluar el tamaño y la posición del útero, así como la ubicación de la placenta. Además, se toman muestras de sangre y orina para realizar

pruebas de laboratorio, como análisis de sangre completo, pruebas de detección de enfermedades infecciosas, análisis de orina y pruebas de detección de drogas y alcohol.
Después de la evaluación inicial, las visitas prenatales maternas son programadas para monitorear el desarrollo del embarazo. Durante estas visitas, se realizan exámenes físicos y se miden la presión arterial, el peso y la altura del útero. También se monitorea la frecuencia cardíaca fetal y se realiza una ecografía para evaluar el crecimiento y desarrollo del feto.

Además de los exámenes físicos y las pruebas de laboratorio, la atención prenatal materna también incluye asesoramiento y educación. Las mujeres embarazadas reciben información sobre nutrición y dieta, incluyendo la importancia de consumir suficientes vitaminas y minerales esenciales para el crecimiento y desarrollo fetal adecuado. También se brinda información sobre el aumento de peso adecuado durante el embarazo y se ofrecen recomendaciones de ejercicio seguro y adecuado.

Otro aspecto importante de la atención prenatal materna es la educación sobre el parto y la lactancia. Las mujeres embarazadas reciben información sobre las diferentes etapas del parto, así como sobre las opciones de parto y la planificación del parto. También se brinda información sobre los cuidados y técnicas de lactancia y sobre cómo amamantar de manera efectiva.

La atención prenatal materna también incluye la detección y el tratamiento de cualquier problema de salud que pueda afectar a la madre o al feto durante el embarazo. Esto puede incluir la detección temprana y el tratamiento de enfermedades como la diabetes gestacional, la hipertensión arterial y las infecciones. También se pueden proporcionar tratamientos para la prevención de la transmisión vertical de enfermedades infecciosas, como el VIH.

Además de las visitas prenatales regulares, se pueden realizar visitas adicionales si se identifican complicaciones o problemas de salud durante el embarazo. Por ejemplo, si una mujer embarazada tiene diabetes gestacional, es posible que necesite visitas prenatales adicionales para monitorear y controlar los niveles de azúcar en sangre.

1.2. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS CONTROLES PRENATALES EN COLOMBIA:

En Colombia, la atención prenatal es una prioridad en la política de salud pública, y se han implementado programas y políticas para mejorar el acceso a los controles prenatales en todo el país. A continuación, se presenta información sobre la epidemiología de los controles prenatales en Colombia.

Según datos del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, en el año 2020, el 97% de las mujeres embarazadas en Colombia asistieron a al menos una consulta prenatal. Sin embargo, solo el 60% de las mujeres embarazadas asistieron a la cantidad recomendada de visitas prenatales según las guías de práctica clínica.

En cuanto a la distribución geográfica de los controles prenatales en Colombia, se han identificado algunas desigualdades. Las regiones más urbanas y desarrolladas del país tienen una mayor proporción de mujeres que asisten a los controles prenatales, mientras que las regiones más pobres y rurales tienen una menor proporción de mujeres que asisten a los controles prenatales.

Además, también se han identificado desigualdades en función del nivel socioeconómico y la afiliación al sistema de salud. Las mujeres de bajos ingresos y las que no están afiliadas a un sistema de salud tienen una menor probabilidad de asistir a los controles prenatales en comparación con las mujeres de ingresos más altos y las que están afiliadas a un sistema de salud.

Otro aspecto importante en la epidemiología de los controles prenatales en Colombia es la detección temprana y el tratamiento de complicaciones del embarazo. Según datos del Ministerio de Salud y Protección Social, en el año 2019, el 7,7% de las mujeres embarazadas en Colombia presentaron hipertensión gestacional y el 2,3% presentaron diabetes gestacional. La detección temprana de estas complicaciones a través de los controles prenatales puede ayudar a prevenir complicaciones más graves tanto para la madre como para el feto y futuro recién nacido.

1.3. EXAMEN FÍSICO Y EXÁMENES DE LABORATORIO:

Según la resolución 3280 del 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, donde se establecieron las directrices para su operación en Colombia.

Teniendo en cuenta lo mencionado en la resolución, la primera consulta prenatal deberá ser realizada por profesional en medicina o enfermería e incluye lo siguiente:

- Asesorar sobre opciones durante el embarazo: informar a la mujer sobre el derecho de seguir el embarazo o la interrupción voluntaria del embarazo.
- Valoración integral de la gestante e identificación de siguientes factores de riesgo:
-- Antecedentes personales: patológicos, quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, tóxicos, alérgicos, (medicamentos recibidos, tabaquismo, alcoholismo, sustancias psicoactivas, exposición a tóxicos e irradiación y otros), trastornos mentales, signos de alarma y tratamientos recibidos durante la gestación actual, trombosis venosa profunda, tromboembolismo y trastornos de hipercoagulabilidad.
-- Antecedentes ginecológicos: indagar edad de la menarquía, patrón de ciclos menstruales, fecha de las dos últimas menstruaciones, métodos anticonceptivos utilizados y hasta cuándo, antecedente o presencia de flujos vaginales, infecciones de transmisión sexual

incluyendo el VIH, historia y tratamientos de infertilidad. Indagar sobre tamización de cáncer de cuello uterino.
-- Antecedentes obstétricos: total de gestaciones, intervalos intergenésicos, abortos, ectópicos, molas, placenta previa, abruptio, ruptura prematura de membranas, polihidramnios, oligoamnios, retardo en el crecimiento intrauterino, número de partos, fecha del último, si han sido únicos o múltiples, prematuro a término o prolongado, por vía vaginal o por cesárea, retención placentaria, infecciones en el post parto, hemorragia obstétrica que requirió trasfusión, preeclampsia, eclampsia o síndrome HELLP, número de nacidos vivos o muertos, hijos con malformaciones congénitas, muertes perinatales y causas y peso al nacer.
-- Antecedentes familiares: hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia, cardiopatías, diabetes, metabólicas, autoinmunes, infecciosas, congénitas, epilepsia, trastornos mentales, gestaciones múltiples, tuberculosis, neoplasias y otras.
-- Gestación actual: edad gestacional probable (fecha de la última menstruación, altura uterina o ecografía obstétrica), presencia o ausencia de movimiento fetales, sintomatología infecciosa urinaria o cérvico vaginal, cefaleas persistentes, edemas progresivos en cara o miembros superiores e inferiores, epigastralgia y otros. Además, indagar signos y síntomas gastrointestinales asociados a la gestación: náuseas, vómito, epigastralgias y hemorroides.
-- Valoración psicosocial: debe incluir la estructura y dinámica familiar, las redes de apoyo familiar, social y comunitario, gestación deseada, gestación programada. Indagar o identificar situaciones de vulnerabilidad: estresores, exclusión social, pobreza, marginalidad, e indagar sobre su manejo. Valorar violencia o maltrato hacia la materna por familiares o pareja. Se recomienda para el análisis de estas variables utilizar la escala de riesgo biológico y psicosocial de Herrera y Hurtado.
- La realización del examen físico completo por sistemas, el cual se comienza céfalo caudal incluida la cavidad bucal, la toma de signos vitales, tomar medidas antropométricas: peso, talla, altura uterina y valorar estado nutricional con el IMC. Se debe realizar la valoración ginecológica con examen genital con valoración del cuello, tamaño, posición uterina y anexos. Por último, la valoración obstétrica con el resultado de número de fetos, situación y presentación fetal, fetocardia y movimientos fetales.

Con respecto a los exámenes de laboratorio que se envían en el primer control prenatal, la resolución nos indica la solicitud de:

- Urocultivo y antibiograma.
- Hemograma y hemoclasificación
- Glicemia.
- Prueba rápida para VIH (VIH 1-VIH 2).
- Prueba treponémica rápida para sífilis.
- Antígeno de superficie para Hepatitis B – HbsAg.
- Pruebas de IgG, para rubéola en mujeres no vacunadas previamente, antes de la semana 16 si no ha sido realizada en la etapa preconcepcional.
- Pruebas de IgG e IgM para toxoplasma

- Si las pruebas de IgG e IgM para toxoplasma son positivas, se solicita la prueba de avidez IgG, si la gestación es menor a 16 semanas. Si es mayor a 16 semanas el estudio se hará con IgA.
- Tamizaje de cáncer de cuello uterino si no se ha realizado este en la consulta preconcepcional de acuerdo a la técnica y frecuencia contemplada en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.
- Ecografía entre las 10 semanas + 6 días y 13 semanas + 6 días, la cual se realiza para tamizaje de aneuploidías; se recomienda que sea tomado por profesional en ginecología o radiología con el entrenamiento requerido.
- En zonas endémicas de malaria realizar tamizaje con gota gruesa.
- Hacer tamizaje en zonas endémicas para enfermedad de Chagas.

En los siguientes controles prenatales de control, el manejo aunque mantiene la misma dinámica, se tienen diferencias con el primero. Con respecto al examen físico, se hará toma de tensión arterial, las curvas de ganancia de peso, altura uterina, frecuencia cardiaca fetal y la situación y presentación fetal a partir de la semana 36 de gestación. Con respecto a la solicitud de exámenes paraclínicos, se toman:

- Urocultivo de seguimiento en gestantes que reciben tratamiento para bacteriuria asintomática.
- Prueba de IGM para toxoplasma. Con tamizaje mensualmente a las gestantes seronegativas.
- Prueba rápida para VIH (VIH 1-VIH 2) en cada trimestre de la gestación y en el momento del parto.
- Prueba treponémica rápida para sífilis en gestantes con prueba inicial negativa en cada trimestre de gestación y en el momento del parto (en mujeres con sífilis gestacional, realizar prueba no treponémica (VDRL o RPR)).
- Ecografía obstétrica cuando la altura uterina sea menor del percentil 10 o mayor del percentil 90.
- Ecografía obstétrica para la detección de anomalías estructurales. Realizar entre la semana 18 y semana 23 + 6 días.
- Prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) con 75 gramos (g) de glucosa entre la semana 24 y 28 de gestación.
- Hemograma en la semana 28 de gestación.
- Tamización para estreptococo del grupo B con cultivo rectal y vaginal entre la semana 35 a 37 de gestación.
- En zonas endémicas de malaria se debe indicar una gota gruesa mensual.

1.4. DETECCIÓN TEMPRANA DE ENFERMEDADES MATERNO-FETALES:

Los controles prenatales son esenciales para detectar y prevenir enfermedades maternas y fetales durante el embarazo. Las enfermedades maternas que se pueden prevenir incluyen los trastornos hipertensivos asociados al embarazo como lo son la hipertensión arterial crónica, hipertensión gestacional, preeclampsia o eclampsia; la diabetes gestacional o DM2, trastornos relacionados con falta de hierro o anemia, infecciones urinarias, infecciones de transmisión sexual como VIH, Sífilis o Hepatitis B; enfermedades de transmisión vertical (como el VIH o toxoplasmosis), enfermedades autoinmunitarias (como el lupus), enfermedades de la tiroides y hasta trastornos mentales como una depresión o ansiedad.

Además de las enfermedades maternas, los controles prenatales también pueden prevenir enfermedades fetales. Entre estas enfermedades podemos encontrar: las anomalías cromosómicas (como el síndrome de Down principalmente, trisomía 21), anomalías del sistema nervioso central (como la espina bífida), anomalías del corazón y los vasos sanguíneos (como cardiopatías congénitas o malformaciones con afectación a estos sistemas), anomalías del tracto urinario (como la hidronefrosis), anomalías del tubo digestivo (como la atresia esofágica), retardo del crecimiento intrauterino, feto con bajo peso, fetos macrosómicos, alteraciones en la placenta y útero (Como placenta previa, acretismo placentario o abruptio placentae), riesgo o amenazas de partos pretérminos, sufrimiento fetal y por último, la muerte fetal intrauterina.

2. MARCO LEGAL

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, en ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas en la resolución 3280 de 2018, numeral 2° del artículo 2° del Decreto Ley 4107 de 2011, el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, los artículos 12 de la Ley 1438 de 2011 y 65 de la Ley 1753 de 2015 adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Cuantificar el número total de mujeres embarazadas con nacimientos que se atendieron en el HUEM en el periodo de tiempo mencionado. Cuantificar el número total de maternas con controles prenatales completos y con controles prenatales incompletos que ingresaron en el HUEM en el periodo de tiempo mencionado. Cuantificar el número total de recién nacidos sanos, enfermos, prematuros y mortinatos en el HUEM en el periodo de tiempo mencionado.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1. Obtener la proporción de morbimortalidad de los recién nacidos con madres con controles prenatales completos y de los recién nacidos con madres sin controles prenatales completos.

3.2.2. Comparar dicha información de morbimortalidad con ambos grupos y evidenciar la mayor o menor frecuencia de alteraciones perinatales de acuerdo al número de controles prenatales realizados.

4. METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente es un estudio retrospectivo observacional donde se tuvieron en cuenta las historias clínicas de 590 pacientes de nuestra base de datos proporcionada por Docencia HUEM, de mujeres colombianas o extranjeras con permiso protección temporal con atención obstétrica en el Hospital Universitario Erasmo Meoz entre el tiempo de 01/01/2022 hasta el 30/06/2022.

4.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN

4.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Toda pacientes mujeres embarazadas colombianas o extranjeras con permiso de protección temporal con atención obstétrica en el Hospital Universitario Erasmo Meoz entre el tiempo de 01/01/2022 hasta el 30/06/2022.

4.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

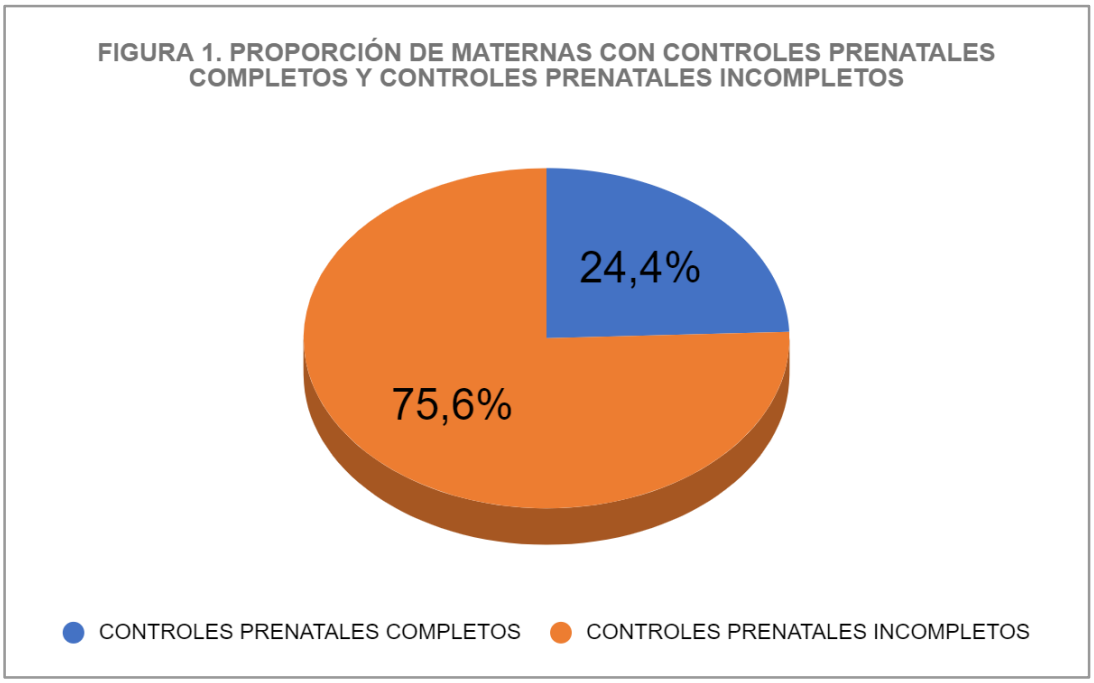
- Pacientes con partos extrainstitucionales.
- Pacientes Colombianas o extranjeras sin EPS.

- Pacientes con controles prenatales realizados fuera de Colombia.

5. RESULTADOS

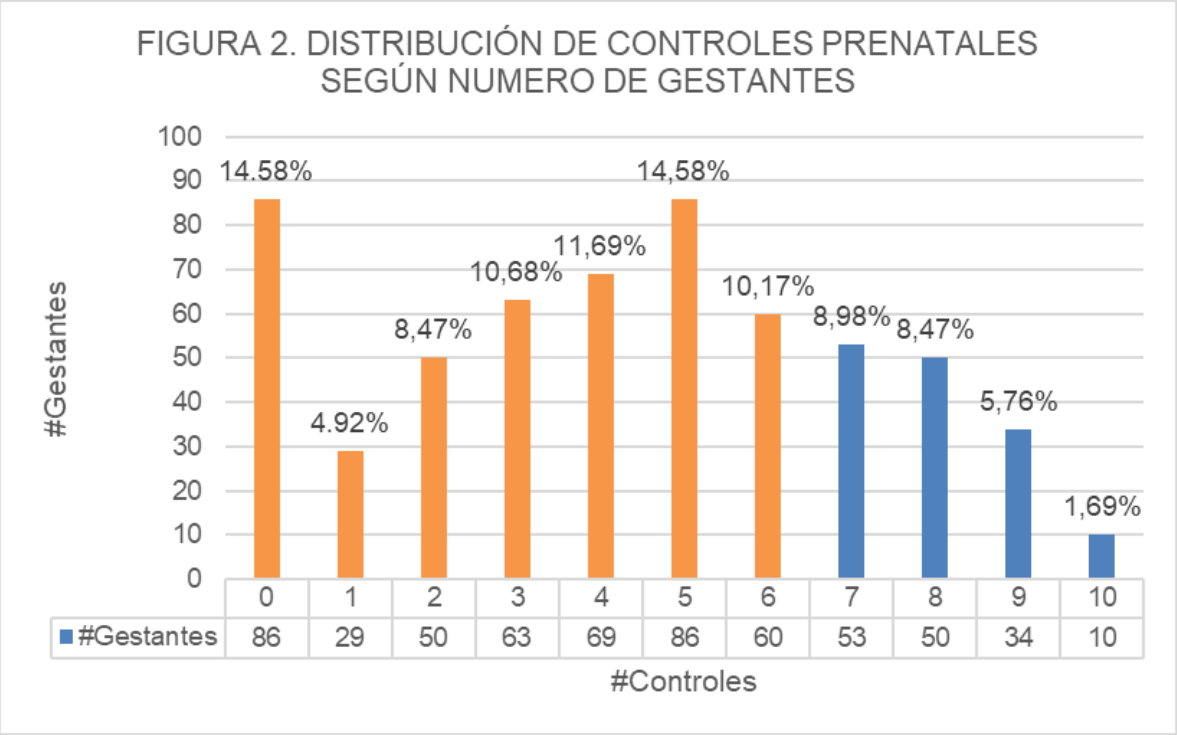
La muestra tomada de la población de pacientes gestantes que recibieron atención obstétrica en el momento de su trabajo de parto en el Hospital Universitario Erasmo Meoz en el periodo comprendido de enero de 2022 hasta julio de 2022 tuvo un total de 590 al aplicar criterios de inclusión y exclusión estipulados en el apartado de metodología del presente estudio.

Teniendo en cuenta nuestro objetivo general, obtuvimos como resultado de nuestra muestra total de 590 maternas, un total de 24,4% de maternas con controles prenatales completos, es decir, aquellas madres con 7 o más controles prenatales. Y por otro lado, obtuvimos un total de 75,6% de maternas con controles prenatales incompletos (Figura 1.).

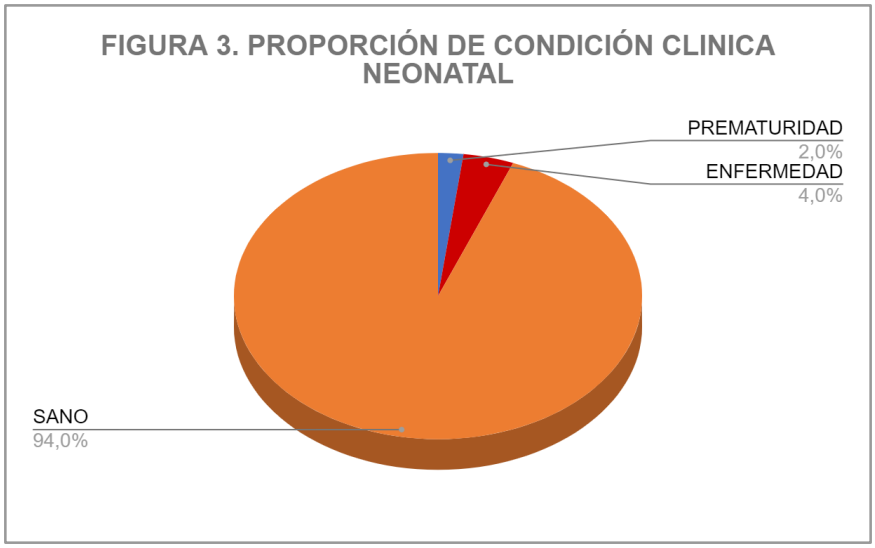


Dentro de los resultados obtenidos del total de la muestra, podemos observar más específicamente que del total del 24,4% de las maternas que realizaron sus controles prenatales completos, el número de controles más prevalente dentro de los controles adecuados fueron 7 controles prenatales, siendo el 8,89% del total de la muestra (Figura 2.). El siguiente en proporción con más porcentaje de controles son 8 controles prenatales, con el 8,47%. Seguido de 9 controles prenatales con 5,76% y como menor porcentaje del

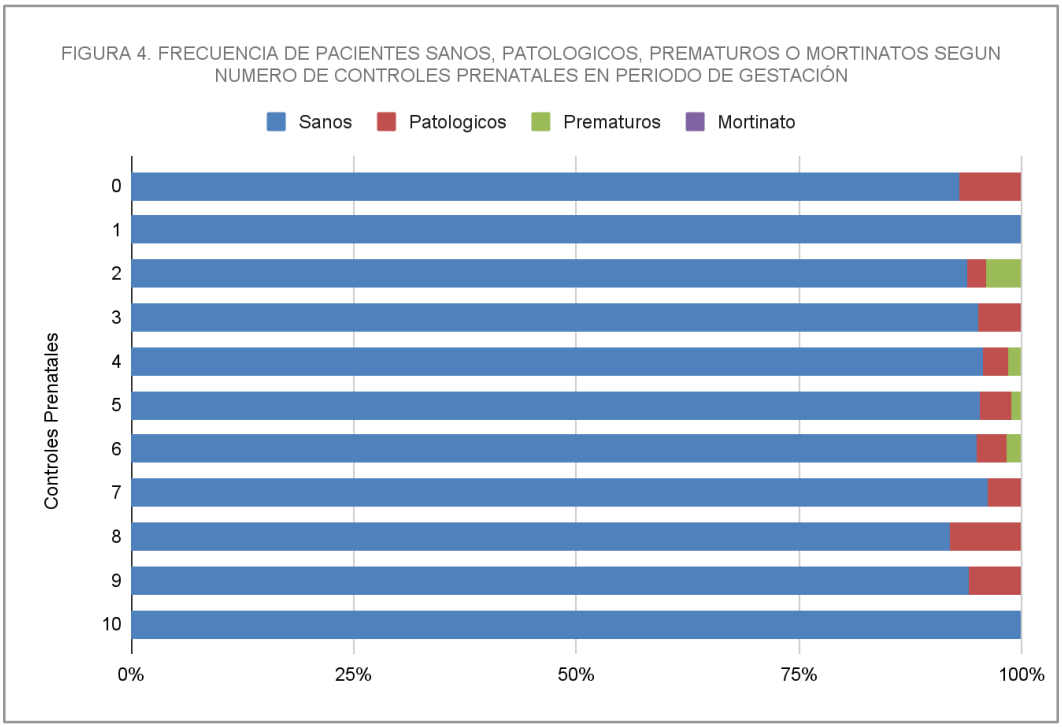
grupo de maternas con controles prenatales completos, tenemos el total de madres con 10 controles prenatales, siendo sólo el 1,69% del total de la muestra de nuestro estudio. Ahora, con respecto al 75,6% de maternas con controles prenatales incompletos, tenemos como mayor porcentaje de madres con cero controles prenatales, con el 14,58% de la muestra total, siendo el número de controles prenatales con más prevalencia y con mayor porcentaje de casos en todo el estudio tanto de maternas con controles prenatales completos como de maternas con controles prenatales incompletos, compartiendo este puesto con el número de 5 controles prenatales, con un porcentaje de 14,58% del total de la muestra. En orden de mayor porcentaje de maternas con controles incompletos les sigue 4 controles con el 11,69%, 3 controles con 10,68%, 2 controles con 8,47% y por último, 1 solo control prenatal con el 4,92% de toda la muestra del estudio.



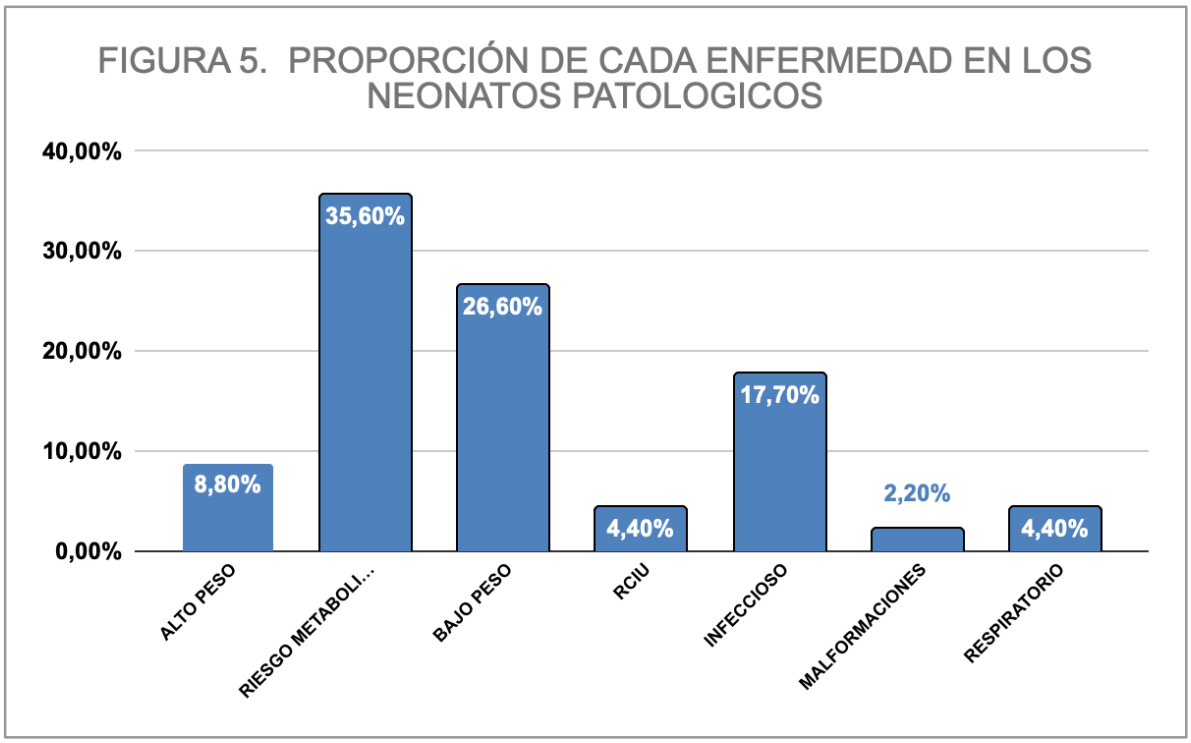
En cuanto a los neonatos que nacieron en condición de prematuridad, se encontró que el 2% del total de la muestra presentaron esta condición. Del mismo modo se logró identificar a los recién nacidos con algún grado de enfermedad, el cual representó 4% del total de pacientes observados. Se evidencia que la mayor proporción de pacientes eran sanos al momento de su nacimiento con un 94% y finalmente, se evidencia que dentro del estudio, no se registraron pacientes con mortinato (Figura 3).



Tomando como punto de partida los hallazgos descritos previamente dentro de las gestantes con controles prenatales no adecuados, es decir, aquellas que realizaron menos de 7 visitas, se logró identificar que todos los pacientes en estado de prematurez no contaban con los controles prenatales mínimos establecidos por la guía de práctica clínica. Así mismo, se obtuvo como resultado que la mayor proporción de los pacientes con alguna condición patológica al momento de su nacimiento no contaban con controles prenatales adecuados (68%) (Figura 4.).



Por último, teniendo en cuenta el número de recién nacidos con alguna enfermedad, se puede observar que la patología más frecuente es el riesgo metabólico con un 35,6%. Seguido de este, el bajo peso al nacer con un 26,6% y el riesgo infeccioso con un 17,7%. Adicionalmente, se observaron otras patologías, como el alto peso al nacer, enfermedades respiratorias, RCIU y malformaciones, que fueron cada una menos del 10% del total de los neonatos patológicos, siendo las malformaciones la menos frecuente con un 2,2% de la muestra (Figura 5.).



6. CONCLUSIÓN

En el presente estudio se logró identificar la proporción de mujeres colombianas o extranjeras con permiso de permanencia, que realizaron sus controles prenatales en el país y que recibieron su atención de trabajo de parto en el Hospital Universitario Erasmo Meoz, en un periodo determinado. Se identificó que la mayoría de las pacientes, no cumplían con el número mínimo de controles prenatales estipulados en la Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Adicionalmente, se pudo observar que del total de la muestra de maternas, el número de controles prenatales más prevalente fueron cinco y cero controles prenatales, demostrando así, la falta de atención y cuidado prenatal en las pacientes de nuestra población.

Así mismo, los recién nacidos de aquellas pacientes sin controles prenatales adecuados, tuvieron más nacimientos antes de las 36 semanas de gestación y con mayor proporción de neonatos con alguna patología prevenible o con posibilidad de ser precozmente diagnosticada, respecto a las gestantes con controles prenatales debidamente cumplidos. Por lo cual, se logra inferir, que en dado caso de haberse cumplido el mínimo de visitas preconcepcionales en el grupo de aquellas pacientes sin control adecuado, se hubiera podido identificar, diagnosticar, tratar o prevenir aquellas condiciones patológicas neonatales.

Del total de la muestra de recién nacidos con alguna enfermedad, se evidencio que el riesgo metabólico y bajo peso fueron las patologías neonatales con mayor proporción del total de recién nacidos, siendo estas patologías fácilmente identificables en los controles prenatales y con posibilidad de un adecuado manejo preventivo.

Aunque la mayoría de las mujeres embarazadas en Colombia asisten al menos a una consulta prenatal, aún hay desigualdades en la distribución geográfica y socioeconómica de los controles prenatales. Es importante seguir trabajando en políticas y programas que mejoren el acceso y la calidad de los controles prenatales para todas las mujeres embarazadas en el país.

En conclusión, se logró observar que las paciente con controles prenatales completos tuvieron posteriormente un mejor desenlace neonatal, por lo tanto, aquellas pacientes con controles prenatales insuficientes tuvieron una mayor proporción de prematurez, patologías neonatales que posteriormente pueden repercutir en el crecimiento y desarrollo de estos niños. Sin embargo, se recomienda la realización de un estudio analítico para definir la presencia o ausencia de relación de controles prenatales completos con la morbimortalidad neonatal.

7. REFERENCIAS

(1) *Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2013). Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Tomado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/G.Corta.Embarazo.y.parto.Prof.Salud.2013%20(1).pdf.*

(2) *Resolución número 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.*