



**BARRERAS GENERADAS EN LA ATENCIÓN DE LA GESTANTE
INMIGRANTE EN EL CONTROL PRENATAL, QUE CONLLEVAN A UN PARTO
NO INSTITUCIONAL, BAJO LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA
PENDER**

ANGIE JULIETH HERRERA VILLAMIZAR
Estudiante

**UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
CAMPOS DE ACCION PROFESIONAL
PAMPLONA, NORTE DE SANTANDER
2021**

DQS is member of:



*Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz*



**BARRERAS GENERADAS EN LA ATENCIÓN DE LA GESTANTE
INMIGRANTE EN EL CONTROL PRENATAL, QUE CONLLEVAN A UN PARTO
NO INSTITUCIONAL, BAJO LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA
PENDER**

ANGIE JULIETH HERRERA VILLAMIZAR
Estudiante

DOCENTE:
PAOLA ANDREINA CARDENAS MALPICA
BRIGITT NATHALY GARCIA SANCHEZ
RAITZA ANDREA BOHORQUEZ PEREZ
BELINDA INES LEE OSORNO
MYRIAM GARCIA GOMEZ

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
CAMPOS DE ACCION PROFESIONAL
PAMPLONA, NORTE DE SANTANDER
2021

DQS is member of:



*Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz*



Autor:

Angie Julieth Herrera Villamizar; enfermera en formación; 3054517073;
Angie.herrera@unipamplona.edu.co

Título: Barreras generadas en la atención de la gestante inmigrante en el control prenatal, que conllevan a un parto no institucional, bajo la promoción de la salud de Nola pender

Pregunta Problema:

¿Cuáles son las barreras generadas en la atención de la gestante inmigrante en el control prenatal que conllevan a un parto no institucional, bajo la promoción de la salud de Nola pender, en un hospital de mediana complejidad de Pamplona, en el primer semestre del 2021?

Semillero el cuidar

Línea investigativa; Cuidado de la familia, individuo y comunidades

Sublíneas; *Cuidados en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad*

Estrategias de atención primaria en salud, educación, promoción, prevención de la enfermedad, salud familiar, colectiva y comunitaria

Enfoque metodológico: Estudio descriptivo; Retrospectivo; Transversal



Contenido

1. Planteamiento del problema y antecedentes	5
2. Justificación:.....	12
3. Objetivos.....	16
4. Marco teórico:.....	17
6. Metodología:.....	43
6.9 variables de interes	44
7. Tecnicas de recolección.....	45
8. Tecnicas de procesamiento y analisis de datos.....	46
9. Plan de divulgación de resultados:	49
10. Consideraciones eticas.....	49
11. Resultados.....	50
12. Discusion	79
13. Conclusion.....	81
13. Recomendaciones	83
Bibliografía.....	85

DQS is member of:



Palabras claves desde los descriptores de ciencias en la salud (DECS): Prenatal checkup; Control prenatal; Attention prenatal, Atención prenatal, barreras, assistance prenatal, Asistencia prenatal; migrant condiciones; inmigrantes, condiciones migratorias Parto no institucional.

1. Planteamiento del problema y Antecedentes:

La atención prenatal se ha definido como la participación del equipo interdisciplinario para contribuir al cuidado holístico a la gestante con el fin de asegurar las mejores condiciones de salud para la mujer y su feto (1) ; además, en el embarazo la mujer busca estrategias para fomentar hábitos y estilos de vida con el fin de obtener beneficios para su salud y la de su hijo. (2) .

Además, En las experiencias internacionales y nacionales evidencian que la implementación del control prenatal, al cumplir con las características de periodicidad e integralidad, permite la detección de enfermedades; la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo; la vigilancia del crecimiento y vitalidad fetal; la disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo; la preparación psicofísica para el nacimiento; y la administración de contenidos educativos para la salud, la familia y la crianza, lo cual la hace una de las actividades más costo-efectivas de los sistemas de salud (3) (4)

Por otro lado, a nivel nacional los principales objetivos del control prenatal: Evaluar el estado de salud de la madre y el feto, Establecer la edad gestacional, Evaluar posibles riesgos y corregirlos, Planificar los controles prenatales, Indicar ácido fólico lo antes posible, para la prevención de defectos del tubo neural y planeación para el parto institucional (5) tambien, se ha considerado como una estrategia de costo eficaz en la prevención de mortalidad y morbilidad materna y perinatal. Aunque Colombia tiene una inscripción de gestantes al Control prenatal del 94%, este logro no afecta el descenso de la mortalidad materno perinatal (6)

Es por esto, que se debe tener en cuenta la existencia de barreras que se pueden llegar a generar en el proceso y en la atención en el control prenatal en la migrantes; además, en la atención a la salud de la población inmigrante se tendrían que considerar algunas situaciones y diferencias como: el idioma, la manera de expresarse, los estilos de vida, la religión, los hábitos culturales, el nivel de educación sanitaria de la población de donde procede y los patrones familiares. (7).

Actualmente la Organización Mundial de la Salud ha considerado que el cuidado materno es una prioridad en salud pública, que actúa como estrategia para fomentar un embarazo saludable y prevenir la mortalidad materna y perinatal (8); sin embargo, identificaron que no todas las mujeres acceden al control prenatal y algunas no logran la adherencia, ni cumplen con la periodicidad de asistencia. (9) teniendo en cuenta esto, se ha evidenciado que cada año mueren 530 000 mujeres por causas maternas, llegando a ser una de las causas la pobreza, la falta de educación y barreras generadas en las atenciones; y en el mundo mueren 800 mujeres por causas prevenibles y están relacionadas con decisiones del embarazo y el parto, de las cuales 30% esta atribuidos a complicaciones en partos domiciliarios. (10)

En los reportes de la investigación de Malangón en Bogotá, Colombia en el 2015 sobre el acceso a la atención prenatal en Latinoamérica refieren que solo el 15% de las gestantes tienen adherencia al control prenatal, e incluso 4% de las gestantes no presenta ninguna atención (11); También, En la investigación realizada por Vijil M en Nicaragua determinó que las principales barreras para la atención materna están relacionadas con el costo del desplazamiento, la dificultad de los trayectos, el costo de la alimentación y estadía en las casas maternas, la ausencia de personal médico y la mala atención (12); es por esto que gracias a estas barreras la mortalidad materna en el 2016 llegaron a ser altos como 230 por 100 000 nacidos vivos y en comparación con algunas áreas de Colombia, las tasas anuales superan las 100 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, (13)

En la publicación del tiempo en norte de Santander en septiembre del 2020 publicaron noticia acerca de las barreras que se han generado con la población migrante más 8.209, una de esas esta la maternidad relacionada con barreras socioculturales, como principal entidad el

Erasmus meoz; las barreras socioculturales están también ligadas a los servicios en la salud

*Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz*

materno infantil tanto en controles prenatales como postparto, especialmente para mujeres migrantes. (14)

Dicho lo anterior y la magnitud del problema es necesario reconocer las características del se plantean en el Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad De Atención En Salud que se encuentran la accesibilidad, oportunidad, y continuidad, que busca eliminar las barreras para acceder a los mismos servicios de salud y de esta forma la población colombiana y migrante goce de salud con calidad y de tal manera, garantiza la prestación de servicios de salud para las mujeres en estado de embarazo, tales como control prenatal, atención del parto, control del posparto (15)

Pero en ocasiones las gestante que asisten a los controles prenatales no reciben la informacion suficiente del proceso de gestación y la orientación para la identificación de riesgos y signos de alarma que pueden llevar a un parto no institucionales o domiciliarios, lo que lo convierte en barreras principales que repercute en la decisión del parto; Actualmente, En Colombia hay más de un 1 millón de migrantes venezolanos, de los cuales, cerca de la mitad son irregulares y de ellos, la mitad son mujeres en edad reproductiva (16) lo que conlleva que se tenga en cuenta las barreras sociodemográficas que contribuyen a decisiones del parto y con alta razón si no se aborda aspectos importantes en las barreras que se pueden llegar a generar en el control prenatal.

Además, Dentro de las barreras que llegan a generar un riesgo de morbimortalidad materno fetal, se encontraron documentados en la investigación de García-Balaguera1 C, en el 2017, fueron: El acceso, el aseguramiento, nivel educativo, Datos sociodemográfico, estrato socioeconómico, apoyo social y familiar, y a l educacion y orientación que se brinda en la atención (17) También los factores determinantes en salud, que influyen en una mujer para desarrollar morbilidad materna extrema que identifico Rodríguez en su investigacion en el 2019 estuvieron relacionados con el contexto social con 25%, cultural 30%, así como el acceso 15% y calidad de los servicios de salud un 30% (18)

También, en el estudio realizado por Fernández-Niño Ja. En la Situación De Salud De Gestantes Migrantes Venezolanas En El Caribe Colombiano en el 2019 identificaron que cuatro de cada diez percibían su propia salud como regular (40,2%); donde relacionaban que

no solo está dirigido hacia las condiciones de vida en Colombia, sino que también influyen sus características individuales, las condiciones de vida anteriores, la red social en Venezuela y las condiciones del viaje, es decir, que se genera una berrera social y cultural en las atenciones de las migrantes. (19)

Adicionalmente, en un estudio realizado en Bogota, colombia, sobre las Efecto de las barreras de acceso identificaron: Empatía con los pacientes, orientación incompleta, personal insuficiente, medios de transporte, no conciencia de autocuidado, inasistencia del funcionario; son barreras que se generan en el control prenatal y en la asistencia del usuario a la Eps para la atención (20), otras barreras se relacionaron con temor y vergüenza a buscar atención médica, costo de los servicios, no saber a dónde acudir, ausencia de privacidad, maltrato y barreras administrativas. (21)

Además, se identificaron las siguientes barreras: Caracterización sociodemográfica, Antecedentes gineobstétricos de las encuestadas, Calidad de la atención, Adherencia a la guía de atención del control prenatal; estos pueden variar según las diferentes determinantes sociales, culturales y del diseño de los sistemas de salud, tanto en lo que se refiere a la cobertura como al acceso mismo de las gestantes a los servicios de atención prenatal (6)

Así mismo; un estudio realizado en pasto, Colombia, Condiciones de acceso al programa de control prenatal se identificó como principales causas de inasistencia el trabajo (24,7%), la incapacidad económica (23,8%) y la atención a otros hijos o a las labores del hogar (19,8%); larga distancia al centro hospitalario (9%), desconocimiento de la importancia del programa (9%) (22) la necesidad de trabajar representaron las principales barreras de acceso al control prenatal en la población estudiada en la investigación.

Esto conlleva que se analice las causales o barreras que generan partos no institucionales desde la consulta del control prenatal, identificando las consecuencias irreversibles tanto para la madre como el hijo, Además es importante resalta que para el año 2018 se notificaron al SIVIGILA 279 muertes maternas tempranas, con una razón de mortalidad materna preliminar de 44,0 casos por cada 100.000 nacidos vivos (23)

Ahora bien, es importante resaltar que hace parte de las barreras y factores de riesgo que el profesional de enfermería no aplique las acciones completas en la atención del control

prenatal, a base de orientación, acompañamiento, educación y seguimiento, para dar cumplimiento a la normatividad y a la gestión del cuidado con el fin de no con llevar a un parto no institucionalizado. (24)

Por otro lado, Chavez M Ce ha considerado que el domicilio se ha visto como lugar previsto de parto, donde consideraba que generaba experiencias previas positivas y negativas vividas durante el proceso de parto por la gestante, amigas y familiares; donde también hacía mención las actitudes de apoyo, protección y atención en el momento del parto donde las gestante obtenían con alegría, relacionándolo que cada gestante tuviera un antecedente cultural de parto domiciliario, en cambio la falta de apoyo, la soledad, la sensación de abandono, las actitudes discriminativas, el aislamiento de sus seres queridos y el maltrato físico o psicológico, son sucesos que Chávez identificaban que pueden marcar a una gestante debido a la sensibilidad, susceptibilidad y vulnerabilidad que presenta la mujer en el momento del parto (25)

También la percepción negativa de los servicios de salud es una barrera que influye para elegir un parto en casa, otro agente determinante es la insatisfacción en el ámbito de las relaciones interpersonales: usuarias – personal de salud (maltrato verbal, abuso, humillación), paralelo a esto inconformidad en aspectos técnicos de la atención basadas en experiencias previas negativas vividas en los hospitales” o la inadecuada educación en los controles prenatales. (26)

Además, en un estudio de Vásquez Mcl. identificaron que la distancia física, la accesibilidad a los servicios de salud se veía afectada por la disponibilidad de los médicos, la escasez de personal calificado y los prolongados tiempos de espera para recibir atención en los hospitales. También, las experiencias de atención en las instituciones lo describieron como frías o antipáticas, y calificaron el trato de los médicos como irrespetuoso e indigno; también reconocían que la mujer se sentía que se vulneraba su privacidad, donde legaban a la conclusión que las gestantes lo calificaban como mala la atención recibida en las instituciones hospitalarias por lo que las mujeres dudaban en acceder a ellas y mejor tener un parto domiciliario. (27)

Finalmente, en diversos estudios se han completado en identificar barreras que compromete el estado y las decisiones orientadas del parto, Barreras personales e institucionales; sociodemográfico, culturales, educativos, percepciones e institucionales como la accesibilidad, la educacion e orientación brindada, y el trato interpersonal. (28)

Es por esto que Murillo L Mw. Resalta que el profesional en enfermería como miembro del equipo de salud debe desarrollar una cultura de calidad e incorporarse a los programas de mejora continua con actitud de cambio. También que las acciones que realiza el personal de enfermeria es de manera dinámica y por ello puede llegar a hacer modificable en función de las necesidades de los cuidados de las gestantes quienes demanda cuidados sin barreras y de manera completa. Al planificar la atención de enfermería a la mujer embarazada y familia se debe buscar el conocimiento de las mejores evidencias disponibles, promover la revisión de las prácticas que influyan en la eliminación, mantenimiento o incorporación de otras y así poder contribuir a la salud de la gestante. (29)

Desde el enfoque propuesto por Nola Pender, se ha considerado como una conducta promotora o favorecedora de la salud. El Modelo de Promoción de la Salud (MPS) permite entender desde la perspectiva de enfermería los motivadores de la embarazada para asistir o no a los controles prenatales; por su fortaleza en ayudar a identificar los factores o barreras que influyen en la toma de decisiones y en las acciones para promover la salud. (30)

En especial, el modelo destaca las cogniciones y afectos relativos a la conducta, que engloban los beneficios y barreras percibidas, las experiencias anteriores y las influencias del entorno que la mujer puede tener para comprometerse con un mayor cuidado durante la gestación, que pueden ser potenciadas o no por las necesidades en salud que la gestante percibe (31)

Donde según Nola postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas; el segundo se refiere a las barreras percibidas para la acción, alude a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la



conducta y la conducta real (32)

Por lo que lo consideran importante con consecuencia significativas para la obtención de adherencia a conductas promotoras de salud o en este caso a obtener un parto institucional con cuidado propios de enfermería orientado en la gestión del cuidado. (33)

DQS is member of:



2. Justificación:

A nivel mundial durante las últimas décadas propone la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación con la vigilancia epidemiológica de estos casos, orientar estrategias para para la disminución de la mortalidad y perinatal, que se puede intervenir mediante la atención prenatal temprana, periódica y de calidad (15) por lo que La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbimortalidad materna y perinatal. En este sentido, se hace necesario establecer los parámetros mínimos que garanticen una atención sin barreras (34)

Considerando lo anterior a nivel mundial, según la OMS, en los países de ingresos bajos, solamente el 52% de las embarazadas realizan las consultas prenatales recomendadas identificándose factores de riesgo, mientras que, en los países de ingresos elevados, casi la totalidad de las mujeres asisten adecuadamente a los controles prenatales, son atendidas durante el parto por profesionales sanitarios capacitados, con atención dirigida a la prevención del riesgo e identificación de signos de alarma para el parto y seguidamente reciben atención posnatal (35) (36) (37)

Sin embargo, El plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio ha garantizado en la atención integral de las gestantes en Colombia, independientemente de su estatus migratorio, así como también ha incorporado la necesidad de involucrarlas como una prioridad en las intervenciones colectivas (38). De tal modo que las migrantes irregulares también tienen derecho actualmente no solo a la atención de urgencias, parto y puerperio, sino también al control prenatal y a los beneficios de las acciones colectivas (39).

Por otro lado, La muerte materna o perinatal genera un alto impacto familiar y social como también es en muchos casos, es reflejo de fallas en la atención por parte de los prestadores de salud, por esta razón es sumamente importante estudiar las barreras y los factores de riesgo que se generan en la atención a las gestantes que asisten a la consulta de control prenatal, ya que muchas complicaciones del embarazo y muertes son en su mayoría evitables. (40) es por esto que se derivar hacia las barreras que se generan, identificando las causantes que pueden

Por otro lado, en Colombia determinaron que potenciar el nivel educativo, el acceso, la participación de la mujer en las decisiones sobre su salud incrementan la probabilidad del uso de los servicios maternos; el buen trato, respeto y la empatía hacia las gestantes contribuyen a la disminución de barreras personales que actualmente son la más fuertes desde las percepciones de la gestantes; Es por esto que el empoderamiento y el conocimiento de las mujeres es una estrategia clave para la reducción de parto no institucionales y de la mortalidad materna; además proporcionarles información adecuada favorece la toma de decisiones en lo referente a su salud, así como a reafirmar el ejercicio pleno de sus derechos y a su autonomía (41)

También, Las organizaciones comunitarias justifican que son clave en facilitar que las gestantes se acerquen a los servicios de salud tempranamente, asistan al control prenatal, reconozcan signos de alarma, disminuyan barreras en la atención y consulten con oportunidad cuando estos se presentan; por tanto deben propender por la creación de redes de apoyo a las gestantes, que apunten a la disminución de barreras de acceso y discriminación, toda vez que se rodea a las gestantes y de forma especial a las más vulnerables. (42)

Así mismo, El impacto que genera la atención del control prenatal en decisiones en el parto, es sumamente importante indagar que barreras se generan con el fin de buscar estrategias y disminuir la morbimortalidad materna además, la relación de cuidado surgida entre gestante – enfermera en el control prenatal permite fortalecer la humanización del cuidado, porque admite actitudes y toma de decisiones con el fin de proteger la salud y orientar hacia un parto institucional; Sin embargo, la contribución de enfermería hacia la mujer embarazada es educar y fortalecer en ella la conciencia del valor de la salud; proveer el cuidado, educar sobre los factores de riesgo y signos de alarma, aplicando procedimientos de intervención y evaluar los resultados (43)

Finalmente esta investigación tiene un compromiso a nivel local e institucional, ya que brinda información relevante de la situación actual de las barreras generadas con el fin de identificarlas y contribuir en estrategias que contribuyan a la disminución del evento, es por esto que el impacto que genera está relacionada con el aporte de descripción del evento, de la identificación de barreras que pueden llegar a ser prevenible y así mismo el análisis de la

influencia de las barreras con los casos reportados de partos no institucionales , reconociendo la magnitud mínima que se encuentra a nivel local sobre datos relacionados con parto no institucionales; es por esto que se tiene como fin identificar las barreras que han surgido o se han generado en el transcurso de la atención del control prenatal a las migrantes atendidas en el segundo semestre del 2020, como barreras personales: sociodemográficas, culturales, educativas y las barreras institucionales relacionadas con el acceso, la educación u orientación brindada y la relación enfermera paciente.

Además, reconocer que en los últimos años ha aumentado la cantidad de población migratoria en el municipio; la organización internacional de migrantes se ha comprometido en garantizar por medio de un objetivo principal: Fomentar la comprensión de las cuestiones migratorias; Alentar el desarrollo social y económico a través de la migración; Velar por el respeto de la dignidad humana y el bienestar de los migrantes. Para dar cumplimiento a estas funciones se trabaja de mano con la salud y la promoción de la salud (44); por lo tanto, la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona está comprometido desde su liderazgo y trabajo en equipo, contribuir de manera significativa en la salud de la población.

También para enfermería es de gran importancia el abordaje de la población que en el transcurso del tiempo ha tenido gran vulnerabilidad social, familiar y comunitaria, por lo tanto el reconocimiento de barreras que influyen en decisiones o circunstancias que ponen en riesgo a la gestante tiene un gran impacto para que como profesionales de enfermería y de salud se identifique estrategias propias de enfermería que junto a entidades que contribuyen al cuidado: como la educación brindada acerca del proceso, de las oportunidades que cuentas las gestante y la importancia de un parto institucional y las consecuencia que genera en la madre como en él hijo.

Así mismo el abordaje de las barreras personales como la cultural por medio de orientación y educación por parte del personal, la socioeconómica, una de las estrategias las organizaciones respaldan y apoyan a la población migrante brindando oportunidades de mejor calidad, también la orientación en las dudas que presentan y que han sido alimentadas por percepciones negativas; otras estrategias son el seguimiento y el control de estas gestante



la atención inclusive desde la zona de facturación que brinda información básica de la atención que se le brinda a las pacientes.

Sin embargo, con las organizaciones, entidades e incluso la alcaldía municipal se buscan planes de mejora que favorezcan y fortalezcan factores de protectores y la disminución de barreras que se generan y que influyen de manera significativa a un parto no institucional con desenlace fatal, como jornadas de atención, de sensibilización de temas de interés, y la captación oportuna a controles prenatales

Es por esto que como estudiante de campo de acción profesional se busca identificar barreras que se generan dentro de la atención brindada del control prenatal, con el fin de aportar a nivel investigativo, desde la línea investigativa, de cuidado de la familia, individuo y comunidades, donde por medio educativo su aporte va dirigido a los cuidados en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con el fin que el aporte investigativo y educativo llegue a brindar *estrategias de atención primaria en salud, educación, promoción, prevención de la enfermedad, salud familiar, colectiva y comunitaria.*

Con el fin que exista herramientas para justificar eventos que pueden llegar a ser prevenidos desde la atención, por lo tanto, la búsqueda de estrategias y argumentos en la magnitud mínima que se encuentra a nivel municipal y contribuir a la gestión del cuidado, desde una enfermería investigativa y argumentativa en el cuidado y la prevención de riesgos en las gestantes migrantes.



3. Objetivos

3.1 Objetivo general:

Establecer las Barreras generadas en la atención de la gestante inmigrante en el control prenatal, que conllevan a un parto no institucional, bajo la promoción de la salud de Nola pender, atendidas en un hospital de mediana complejidad de Pamplona en el primer semestre del 2021

3.2 Objetivos específicos:

- Caracterizar las variables sociodemográficas y clínicas de la población estudio
- Identificar barreras personales e institucionales encontradas en la atención de la gestante inmigrante en el control prenatal

DQS is member of:



4. Marco teórico:

4.1 Antecedentes

En el estudio de Vásquez, D. 2015 identificaron barreras y factores que influyen en los controles prenatales de los cuales las gestantes eran adolescentes entre 14-17 años con un 27%, el 36% son primigestas, el 43% se encuentran en unión libre, un 41% solo han cursado estudios primarios, el 59% viven en zonas rurales, el 83% no planificaron su embarazo, un 46% tienen de 0 a 2 controles, el 24 y 21% no acude a los controles por falta de interés; también 84% si reciben apoyo por familiares mientras que el 16% restante no lo recibe, concierne a hábitos nocivos se encontró que una gran parte de las participantes, 93% no presentan hábitos que puedan perjudicar el embarazo; 47% no conocen la importancia (45) También en el estudio de Malagón en el 2015 identificaron que también actúan como barrera, El no recibir apoyo familia y económico (21,5%), el 6,0% no consideraba importante realizarse controles prenatales; Un 2,3% refirió que sus creencias le impedían asistir a éstos, un 2,6% no asistía y un 1,3% refirió otros factores culturales que influían negativamente en su asistencia al programa de control prenatal como los antecedentes familiares de la inasistencia y el parto en casa (46)

Por otro lado, En el estudio de B:C en Bogotá; identificaron la existencia de Factores Asociados con la elección del parto domiciliario existiendo barreras personales e institucionales que incrementan la preferencia por el parto domiciliario, entre los que mencionaron fueron: factores personales donde se encuentran: sociodemográficos como la corta edad 25%, el estado civil, el bajo nivel educativo 35%, el embarazo no deseado 10%, el antecedente de parto domiciliario y la procedencia rural o extranjera 30%; cultural: el antecedente de parto domiciliario como cultura 5% y de procedencia rural y percepciones negativas de la atención 5%. (47)

Entre las barreras institucionales más importantes que identificaron fue la poca accesibilidad 30% que están relacionados con la distancia y costos para acceder a los servicios, además dentro de ellos barreras administrativas relacionadas con la afiliación al SGSSS, no por asuntos administrativo sino por la distancia y el costo que se genera; La educación que se le

brinda en la atención del control prenatal de manera incompleta 20% y la relación entre personal de salud y la gestante 20%: donde en esta se identificó la sensación de frialdad 10% y la falta de calidez del personal de salud durante la atención del control prenatal o del parto 15% (48) (49)

En otro estudio realizado en Bucaramanga, Colombia identificaron las mismas barreras institucionales y personales donde: Los factores institucionales se resalta también el trato inadecuado un 30%, relación de profesional de la salud-paciente insatisfactoria 25%, relación profesional de la salud paciente impersonal, episodios de maltrato por parte del profesional 2%, poca prioridad para su atención prenatal, incoordinación entre los servicios, tiempo de espera largo, servicios incompletos y consultorio prenatal difícil de ubicar. Los factores personales fueron olvido de las citas, falta de interés 25% y apoyo 30%, dificultad para el cuidado de los hijos y multiparidad 10% (50)

Además en relación con el estudio en maizales y Cali por Rivera Mejía PT y Carvajal Barona identificaron en sus resultados barreras de acceso encontraron: no creía importante asistir al CP antes de inscribirse, falta de apoyo económico 30%, no contar con el dinero donde además encontraron en las historias clínicas de manera objetiva la no adherencia y motivación de la gestante 40% por el control prenatal asimismo al momento de dar su atención no recibían la educación suficiente para motivar a la continuidad del proceso. (49)

Por otro lado, en un estudio en Bogotá sobre los servicios preventivos de salud materno-infantil en un grupo de mujeres mexicanas por Chavez M Ce ha considerado que el domicilio se ha visto como lugar previsto de parto, donde consideraba que generaba experiencias previas positivas y negativas vividas durante el proceso de parto por la gestante; donde también hacía mención las actitudes de apoyo, protección y atención en el momento del parto en cambio la falta de apoyo, la soledad, la sensación de abandono, las actitudes discriminativas, el aislamiento de sus seres queridos y el maltrato físico o psicológico, son sucesos que pueden marcar a una gestante debido a la sensibilidad, susceptibilidad y vulnerabilidad que presenta la mujer en el momento del parto institucional que hacían actuar como una barrera personal en los controles prenatales (25)

También en un estudio en Cali, cuidado de enfermería comprometido: Motor en la

Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz

satisfacción de la gestante durante control prenatal realizado por Hernández identificaron en su totalidad el 100% de las jóvenes con edades entre 18 y 25 años que el trato entre enfermero paciente fueron satisfecha y cumplían con las necesidades del cuidado prenatal relacionado con el la diversidad de sentimientos y emociones surgidos a lo largo del embarazo, esos sentimientos en algunas oportunidades son contradictorios, pero el trato de enfermería con su comprensión y afecto demostraron cuidados que se ofrece durante el control prenatal (51) Además, en el estudio cuales son las actitudes de las gestantes ante el parto realizado en el 2017 por Martines; describieron componentes actitudinales (cognitivo, afectivo y conductual) de las mujeres gestantes, cuyas características obstétricas y sociodemográficas fueron: mujer nulípara (65,3%), Embarazo planificado (55,1%). 67,4% en el rango de edad 30 y 39 años, (39,4%), casadas (70,5%) donde las actitudes de las mujeres fueron orientadas al 80% con hábitos protectores y el 20% hábitos de riesgo como falta de interés, 10% fumaban por lo que los profesionales de la salud han tomado un papel activo en contribuir actitudes favorables y de responsabilidad con su propio proceso. (52)

4.2 Bases teóricas:

Es necesario abordar el proyecto desde lo propuesto por Nola Pender, donde refiere que toda acción de salud debe ser vista como una conducta promotora o favorecedora de la salud. En El Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola Pender, permite entender desde la perspectiva de enfermería los motivadores de la embarazada para asistir o no a los controles prenatales; por su fortaleza en ayudar a identificar los factores que influyen en la toma de decisiones y en las acciones para promover la salud. En especial, el modelo destaca las cogniciones y afectos relativos a la conducta, que engloban los beneficios y barreras percibidas, las experiencias anteriores y las influencias del entorno que la mujer puede tener para comprometerse con un mayor cuidado durante la gestación, que pueden ser potenciadas o no por las necesidades en salud que la gestante percibe (53)

Nola pender desde su modelo abarca conceptos que contribuyen a identificar conductas propias de la gestante y las decisiones que toma en su proceso y en la búsqueda de conductas protectoras o de riesgo.

Los principales conceptos y definiciones se exponen las características y las experiencias

Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz

individuales que afectan a las acciones de la salud:

Conducta previa relacionada La frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado. Los efectos directos e indirectos de la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud.

factores personales Categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales. Estos factores son predictivos de una cierta conducta y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de la conducta; están los Factores personales biológicos Incluyen variables como la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el estado de pubertad; Factores personales psicológicos Incluyen variables como la autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de la salud. Factores personales socioculturales Incluyen factores como la etnia, la aculturación, la formación y el estado socioeconómico. A continuación, se detallan una serie de conocimientos específicos de la conducta y del afecto que están considerados como de mayor importancia motivacional; estas variables son modificables mediante las acciones de enfermería. (54)

Por otro lado, la teorista reconoce que pueden existir esos factores como barreras donde la definen como: **barreras percibidas de acción** son Bloqueos anticipados, imaginados o reales y costes personales de la adopción de una conducta determinada; la **Autoeficacia percibida** El juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud. La autoeficacia percibida influye sobre las barreras de acción percibidas, de manera que la mayor eficacia lleva a unas percepciones menores de las barreras para el desempeño de esta conducta.

En relación las barreras institucionales con el concepto de **Influencias situacionales** son todas las condiciones, Las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que pueden facilitar o impedir la conducta. Incluyen las percepciones de las opciones disponibles, características de la demanda y rasgos estéticos del entorno en que se propone que se desarrollen ciertas conductas (54)

A partir de lo anterior, afirman en otros estudios realizados desde el modelo de Nola Pender, que los beneficios percibidos influyen en la adopción y compromiso de conductas promotoras de salud; por lo tanto se considera muy valioso el aporte que este modelo hace para la

*Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz*

comprensión de las variables que pueden estar implicados en la adopción o no de conductas saludables en la gestante, cuyo análisis influye en la creación de intervenciones encaminadas a mejorar el seguimiento y el cuidado temprano de las gestantes. A La principal fortaleza de este estudio está representada por el uso del Modelo de Promoción de la Salud, para explicar la utilización adecuada de los servicios de control prenatal; además que se tiene en cuenta las percepciones sobre los beneficios, barreras y necesidades que manifiesta la gestante; influye en el compromiso de la mujer con el cuidado y adquiere información de los profesionales de enfermería encargados de organizar, coordinar y realizar estos controles. (55)

Por lo que el cuidado de enfermería debe ser un soporte y un factor protector, promoviendo condiciones para una vida saludable y para el beneficio del bien común. Es comprendido como un cuidado que rompe con la fragmentación cuerpo y mente, normal y patológico. (56) sin embargo actúa como la esencia de la praxis, lo cual exige que la actuación del profesional de enfermería deba guiarse por la responsabilidad ética; desarrollar relaciones respetuosas y comprensivas; emplear sistemas de resolución de problemas, procesos de toma de decisiones basados en apreciaciones exactas, conocimiento apropiado y juicios sólidos; además, de ser un profesional sensible ante los problemas de salud, comprometido con el arte de cuidar y de respaldar la imagen de Enfermería como disciplina profesional (57)

4.3 Bases legales

Desde el marco constitucional en el artículo 49 y 25 de la constitución de Colombia la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado donde se debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud sin embargo al Estado le corresponde organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad; además la ley señala que los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad también en la maternidad con cuidados especiales y prioritarios junto con la ley estatutaria 1751 del 2015

(58)

Según la resolución 3280 del 2018 La ruta integral de atención en salud materno perinatal es una herramienta operativa de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional, define a los integrantes del sector salud (Dirección Territorial de Salud, aseguradores, entidades a cargo de regímenes especiales o de excepción y prestadores) las condiciones necesarias para garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la generación de una cultura del cuidado para todas las personas, familias y comunidades, como parte de la garantía del ese derecho fundamental (59).

Donde a nivel nacional se tiene como objetivos específicos el Garantizar el acceso universal a las intervenciones de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno – perinatal; Identificar y gestionar oportunamente vulnerabilidades, factores de riesgo, riesgos acumulados y alteraciones que inciden en la salud de la mujer gestante y del recién nacido; Afectar positivamente los entornos, las familias y las redes para que sean protectores y potenciadores de la salud de las mujeres gestantes y del recién nacido. Y Realizar el seguimiento a los resultados en salud esperados en las mujeres gestantes y en los recién nacidos (60)

Por otro lado, se debe considerar que la gestación puede llegar a estar influida por factores como el caso de la migración, obliga que la mujer gestante se traslade de su país para tener accesos al servicio de salud, por lo que Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha definido la migración como el movimiento que realizan las personas de una población y que implica un cambio de localidad en su residencia habitual en un intervalo de tiempo determinado. (61). Todos estos aspectos lo considero la ONU para garantizar la calidad de vida desde la normatividad en a cada país y ofrecer la atención necesaria durante la gestante, parto y puerperio (62).

También La migración se ha considerado como un fenómeno ineludible a la humanidad que ha transfigurado civilizaciones, ha redefinido fronteras y ha permitido el desarrollo y socorro a millones de ciudadanos a lo largo de siglos. Como fenómeno individual y voluntario, la migración representa un proceso de cambios intensos tal como lo destaca Achotegui cuando señala que emigrar se está convirtiendo hoy para millones de personas en un proceso que vulnera su capacidad de armonía causando altos niveles de estrés en los migrantes, que

Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz

pueden llegar a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos (63)

Además, La migración es un proceso que afecta de manera directa a la persona, la familia y la red social a la cual pertenece. Es así, como dadas las condiciones en las que se realizan las migraciones, se determinan en muchos de los casos riesgos para la salud de los inmigrantes venezolanos, estos pueden deberse a múltiples factores como la forma en que se realizan los desplazamientos incluyendo largas caminatas, alimentación inadecuada, diferentes estados del clima entre otras; además de las pocas o ninguna práctica de autocuidado o planificación de la salud. La migración obliga a quienes la realizan a cambiar sus estilos de vida, sus compañeros de convivencia y sus procesos cotidianos. (64)

De esta manera, La gestante se convierte en un cuidado principal que debe ser brindado de manera integral ofreciendo principalmente seguimiento y educación (65). También importante que se le brinde los servicios de salud, los cuales son prestados por el personal de salud para proteger y mejorar la salud (66). Es así, como la salud de la mujer venezolana especialmente en estado de gestación se ve amenazada por problemas sociales, económicos y políticos, que afronta el país; donde debe acudir a políticas migratorias, de derecho y salud para poder tener su atención; generando en ellas una percepción que puede ser positiva o negativa según la calidad y el nivel de atención que se le brinde. (67)

Sin embargo es necesario reconocer que frente a la situación de la migración y la atención en salud; el objetivo principal del Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad De Atención En Salud que se encuentran la accesibilidad, oportunidad, y continuidad, que busca eliminar las barreras para acceder a los mismos servicios de salud y de esta forma la población colombiana y migrante goce de salud con calidad y de tal manera, garantiza la prestación de servicios de salud para las mujeres en estado de embarazo, tales como control prenatal, atención del parto, control del posparto (68)

4.4 Sistema de variables:

Las barreras que se generan en la atención del control prenatal que se brinda a la gestante: Son todas aquellas condiciones o situaciones que impide o dificulta la frecuencia y la continuidad de los controles que se llegan a generar en la atención del control prenatal o que son predispuestos a nivel personal o institucional.

En un estudio realizado en Perú notificado dentro del estudio de B:C en Bogotá identificaron las barreras: **Barreras personales**; que son definidos como conjunto de condiciones personales o factores intrínsecos que llegan a ser modificables y no modificable Se encuentran: sociodemográficos como la corta edad, el estado civil, el bajo nivel educativo, el embarazo no deseado, el antecedente de parto domiciliario y la procedencia rural o extranjera; cultural: el antecedente de parto domiciliario como cultura y de procedencia rural y percepciones negativas de la atención, también se encuentra dentro la influencia cultural: donde se refiere que son el conjunto de valores, creencias, normas, símbolos, prácticas y modos de vida de individuos, grupo o instituciones, aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra (47)

Dentro de las barreras personales un ítem importante está el aspecto si es un **Embarazo no deseado**. Según Maribel Orozco definen el embarazo no deseado cuando la mujer queda embarazada sin quererlo, pero por cuestiones personales, sociales y culturales, se ve obligada a tener el producto. El mismo estudio refiere que el 80% de las gestantes con embarazo no deseado no concluyen las 4 consultas prenatales, comparado con el 36,7% de las de embarazo deseado. (69)

Otro ítem importante dentro de la barrera personal es Poco **apoyo de la familia**. Chavarría identificó que el poco apoyo de la familia es un factor para abandono al control prenatal. Munares en su estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal, encontró que el 84,8% de las gestantes que abandonaron el control prenatal manifestaron haber tenido poco apoyo de la pareja y apoyo de la familia (70)

Entre las **barreras institucionales** más importantes que identificaron fue la poca accesibilidad que están relacionados con la distancia y costos para acceder a los servicios, además dentro de ellos barreras administrativas relacionadas con la afiliación al SGSSS, no por asuntos administrativo sino por la distancia y el costo que se genera; La educación que se le brinda en la atención del control prenatal de manera incompleta y la relación entre personal de salud y la gestante: donde en esta se identificó la sensación de frialdad y la falta de calidez del personal de salud durante la atención del control prenatal o del parto (48)

(49)

DQS is member of:



Dentro de las barreras institucionales esta la **relación médica, enfermero-paciente** insatisfactoria. Chavarría encontraron que el trato inadecuado era un factor para abandono al control prenatal, también los **Servicios incompletos** donde se refiere a cuando la paciente percibe que no ha recibido toda la atención que ella esperaba o por razones de la organización del sistema de salud, cuando se había planeado tener una consulta prenatal está se programó, pero finalmente no se realizó (71)

Por otro lado, están las **percepciones negativas**: la atención del parto por personal masculino, la falta de continuidad del personal de salud que tiene a su cargo la atención del parto, la percepción del profesional joven como practicante considerado como inexperto; Además, en su investigación también identificaron el rechazo a los procedimientos de rutina en la atención del parto, la percepción del tacto vaginal como señal de violencia, el temor a la episiotomía, el rechazo al lavado y rasurado perineal, el rechazo a la posición ginecológica, la sensación de frialdad y la falta de calidez del personal de salud durante el parto, donde está relacionado con la percepción que tiene la inmigrante frente al proceso considerándolo como barrera (72)

Todo lo anterior puede conllevar a un **parto No institucional** que tiene como marco la salud materna y perinatal, la cual ha experimentado cambios importantes en su conceptualización, por lo que se define como la atención que se lleva a cabo fuera de un ambiente hospitalario, de manera que conlleva una serie de aspectos a considerar como las complicaciones que se pueden llegar a tener a nivel materno y fetal, desde el riesgo de sepsis o inclusive la mortalidad materna y perinatal; También es definida como Toda mujer que presenta parto con o sin alumbramiento fuera de la institución, sea detectada en el momento del parto o por referencia de parto en casa de menos de tres meses sin asistencia hospitalaria posterior; atendida en su domicilio por partera o comadrona pero que no ha asistido a control en institución hospitalaria luego del parto, pos parto hasta tres meses (73)

El control prenatal: Es el conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación divididas en número de consultas (60); por otro lado, las

Complicaciones en el parto: son afecciones o procesos patológicos asociados al embarazo.

Puede darse durante o después del embarazo y puede ir desde trastornos menores a

*Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz*

enfermedades importantes que requieran intervención médica. Incluye alteración en el parto como: hemorragia, infecciones posparto, eclampsia y preeclampsia. Se estima que alrededor de un 20% de los embarazos corresponde a la denominación de alto riesgo y ellos son responsables de más del 80% de los resultados perinatales adversos (74)

4.5 Términos básicos:

Enfermería ha sido descrita por diversos autores como la Organización Mundial de Salud, que la define como aquella profesión que abarca la atención autónoma con el fin de contribuir en la salud a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y Mujeres en gestación. (75)

Así mismo, se resalta que desde años atrás enfermería se ha regido desde el código deontológico, donde se establece que los enfermeros tienen cuatro deberes fundamentales que rigen las normas de su conducta ética dentro de ellos está: Promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento; Siendo evidente que el objetivo principal es el cuidar y orientar; este fenómeno del “cuidado” ha existido desde siempre y en relación con la gestación promover un embarazo saludable (76)

En la relación con la **gestación** Según la Organización mundial de la salud es definida como el tiempo de nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer donde para la mayoría de las mujeres un período de gran felicidad; También La salud materna, se ve influenciadas por diferentes factores con ambientales, familiares, psicológicos y personales, que conlleva a la complicación del embarazo (77) Sin embargo, durante el embarazo, tanto la mujer como su futuro hijo se enfrentan a diversos riesgos sanitarios. Por este motivo, es importante que el seguimiento del embarazo sea realizado por personal sanitario cualificado. (78)

Por lo tanto, la mujer debe ser aconsejada e informada acerca del proceso de gestación, los cambios, las decisiones que se deben tomar durante el proceso y el parto, de forma que la gestante debe en ese momento llegar segura y tranquila posible. además, La educación

prenatal que se brinda en los controles prenatales generalmente se hace en un servicio de salud, por un profesional capacitado y con habilidades de orientar a la gestante a una gestación y parto sin complicaciones (79)

Por otro lado, **La maternidad** Se ha considerado un fenómeno sociocultural complejo que trasciende los aspectos biológicos de la gestación y del parto, pues tiene además componentes psicológicos, sociales, culturales y afectivos del ser madre que se construyen en la interacción de las mujeres con otras personas en escenarios particulares, donde se viven universos simbólicos con significados propios; También el conjuntas actitudes y acciones que obtiene la gestante en el proceso por medio de la orientación y educación que se brinda (80)

También, La maternidad y la gestación en los servicios de salud ha sido abordada, principalmente, desde su componente biológico, mediante el uso del paradigma empírico-analítico o modelo biomédico centrado en los factores de riesgo, cuyo indicador centinela es la mortalidad materna (MM), y cuyos insumos son las políticas de atención materna, los programas de atención prenatal y los indicadores de la vigilancia en salud pública de la mortalidad materna y de la mortalidad perinatal. (81)

Por tal razón se debe tener en cuenta que **La asistencia prenatal** consiste en un espacio de orientación en lo que se refiere a aspectos inherentes al proceso fisiológico de la gestación y de la promoción de la salud, además de hacer la profilaxis, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades propias de la gestación o de ella provenientes, de forma a superar su mayor desafío que es la reducción de la morbilidad materna y perinatal (82)

Es por esto que Uno de los elementos importantes para contribuir en la reducción de **morbilidad materna** es el desarrollo de un adecuado control prenatal; que se utiliza estrategias, que es definida como un conjunto de acciones que involucran una serie de visitas de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica y de enfermería, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, maternidad y crianza. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la



Adicionalmente, **El control prenatal** es adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva; para realizarlo no se precisa de instalaciones costosas, ni de aparatos complicados, ni de laboratorios sofisticados, pero si se requiere el uso sistemático de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente y el empleo de criterios de tecnología sensibles que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor al esperado (84)

DGS is member of:





Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750 - www.unipamplona.edu.co

DGS is member of:



*Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz*

5. Operacionalización de variables:

Variab le	Depen diente o indep endiente	Definici ón	Natu raleza	Tipo de varia ble	Niv el de me dici ón	Indica dor	Dimensi ón	Uni dad de med ida	Categ oría
Edad	Indepe ndiente	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento (85)	Cuan titativa	Conti nua	Raz ón	NA	Sociode mográfico	Año s	-#años (1)
Estado Civil	Indepe ndiente	la situación de convivencia administrativamente reconocida de las personas en el momento en que se realiza la recogida de información (86).	Cuali tativa	Polit ómica	No min al	NA	Sociode mográfico	NA	Soltera (1) Casada (2) Separada (3) Divorciada (4) Viuda (5) Unión libre (6)
Nivel educat ivo		Se refiere al nivel más alto de instruccio	Cuali tativo	Polit ómica	Ord inal	NA	Sociode mográfico	NA	Preesc olar (1) Básica Primar ia (2)



	Independiente	alcanzado por la persona, dentro del sistema formal de enseñanza, sea esta educación preescolar, básica primaria, básica secundaria, media y superior (87)							Básica Secundaria (3) Bachillerato, técnico (4) Profesional (85) Especialización (6)
Estrat o	Independiente	La estratificación socioeconómica es una clasificación en estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos. (88)	Cualitativo	Político	Ordinal	NA	Sociodemográfico	NA	Bajo-bajo (1) Bajo (2) Medio-bajo (3) Medio (4) Medio-alto Alto (5)
Control prenatales	Dependientes	Es el conjunto de actividades sanitarias	Cuantitativa	Discontinua	Razón	# de controles prenatales asistidos	Promoción de la salud y prevención de riesgos	Número	0-5 controles

DQS is member of:





		que reciben las embarazadas durante la gestación divididas en número de consultas . (89)				os/ # total de controles prenatales establecidos según normatividad	durante la gestación		6 - 10 control es 11 - 15 control es
Complicaciones en el parto	Independiente	Toda alteración o desviación que se generó por aspectos dependientes o independiente en el parto en la madre o en el feto (74)	Cualitativo	Dicotómica	Nominal	# de pacientes migrante con complicación en el parto/ # total de pacientes migrantes atendidas en el control prenatal	Atención en el parto	N/A	Si (1) – No (2)
Ingreso por riesgo de infección	Independiente	El riesgo de infecciones que se genera después del parto de un bebé (infecciones	Cualitativo	Dicotómica	Nominal	# de pacientes migrante con ingreso de riesgo de infección/ #	Atención en el parto	N/A	Si (1) – No (2)

DQS is member of:





		posparto) por lo general comienzan en el útero a causa de factores ya sean uterinas o de manipulación. (90)				total de pacientes migrantes atendidas en el control prenatal			
Mortalidad perinatal, neonatal o materna	Independiente	es considerada una complicación obstétrica severa que pone en riesgo la vida de la gestante y requiere una intervención médica urgente, con el fin de prevenir la muerte; así mismo es la muerte después de las 22 semanas o 7 días después	Cualitativo	Dicotómico	Nominal	# de pacientes migrantes con mortalidad/ # total de pacientes migrantes atendidas en el control prenatal	Atención en el parto	NA	Si (1) – No (2)

DQS is member of:





		del bebe (91)							
Parto no institucional	independiente	Toda mujer que presenta parto con o sin alumbramiento fuera de la institución, sea detectada en el momento del parto o por referencia de parto en casa de menos de tres meses sin asistencia hospitalaria posterior (73)	Cualitativo	Dicotómica	No minimal	# de pacientes que tuvieron parto no institucional que fueron atendidas en el control prenatal / #total de parto no institucional en el municipio	Conductas de riesgo en el proceso de gestación	N/A	Si (1) – No (2)
Motivación	Dependiente	La motivación es un aspecto de enorme relevancia en las diversas áreas de la vida, por cuanto orienta las	Cualitativa	Dicotómica	No minimal	El embarazo fue planificado en HC Por vía telefónica: ¿Fue importante el control prenatal	Barreras personales	N/A	Si (1) No (2)

DQS is member of:





		acciones y se conforma así en un elemento central que conduce lo que la persona realiza y hacia qué objetivos se dirige; así mismo la importancia, la planificación y el estado emocional que influye en la toma de decisiones (92)				durante la gestación? Presencia o alteración en la escala de riesgo materno o psicocemocional en HC			
Actitudes relacionadas en el embarazo	Dependiente	“una manera de estar o posicionarse en el mundo”. También “una respuesta valorativa, relativamente estable, ante un objeto, que tiene componente	Cualitativa	Dicotómica	Nominal	Por vía telefónica: ¿Estaba interesada en asistir a los controles prenatales y en los cuidados durante	Barreras personales	N/A	Si (1) No (2)



		ntes y consecuencias importantes para el individuo o y/o el grupo” (52)				gestación? Presencia de alteración en la escala de Zung en la HC Hábitos de riesgo durante la gestación - HC			
Satisfacción de la atención	Dependiente	Reviste cierta abstracción conceptual de difícil medición y se le reconoce variabilidad histórica y cultural, si reflejados elementos importantes en un servicio de salud: se relaciona con la calidad	Cualitativa	Dicotómica	Nominal	¿Estuvo satisfecha con la atención brindada en la atención prenatal o en el parto?	Barreras personales	N/A	Si (1) No (2)



		de la atención ⁹ y con la adherencia a los planes de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y terapéuticos (93).							
Percepciones negativas de la atención del parto y control prenatal	Dependiente	Las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que pueden facilitar o impedir la conducta. Incluyen las percepciones de las opciones disponibles, características de la demanda y rasgos	Cualitativa	Dicotómica	Nominal	¿Tuvo percepciones negativas con la atención prenatal y la atención al parto?	Barreras personales	N/A	Si (1) No (2)



		estéticos del entorno en que se propone que se desarrollen en ciertas conductas (27)							
Apoyo económico y familiar durante el proceso	Dependiente	Los ingresos corresponden a una de las partes más importantes del proceso de embarazo; se genera un desequilibrio en el seno familiar, ya que se priorizan aspectos relevantes en la familia dejando a un lado los relacionados con la salud incluido el embarazo; se puede	Cualitativa	Dicotómica	Nominal	Alteración en la comunicación y relación familiar Ausencia de apoyo Alteración en el APGAR familiar	Barreras personales	N/A	Si (1) No (2)

DQS is member of:



		<p>r la funcionalidad de la familia por la relación y comunicación inclusive por medio del APGAR (94)</p>							
<p>Cultura o antecedentes de parto domiciliarios</p>	<p>Dependiente</p>	<p>Es relacionado con la oportunidad o las secuencias que se haya generado el parto domiciliario en anteriores gestaciones o se considere creencia dentro de la cultura de la familia, el abordaje de matronas (95)</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Dicotómica</p>	<p>No minimal</p>	<p>Multiparidad- HC Antecedente de parto domiciliario - HC Antecedente familiares o cultura de parto domiciliario- HC ¿Ha tenido o en su familia algún antecedente de parto en</p>	<p>Barreras personales</p>	<p>NA</p>	<p>Si (1) No (2)</p>



Accesibilidad a los servicios dentro de la atención del control prenatal	Dependiente	Es la atención al servicio que se necesita sin presencia de alguna barrera personal o institucional para no obtenerla (96)	Cualitativa	Dicotómica	No minimal	Tiene alguna barrera institucional en la atención del control prenatal o en la atención al parto?	Barreras institucionales	N/A	Si (1) No (2)
atención en las remisiones	Dependiente	Son todas las acciones dentro del control prenatal relacionadas con el trabajo interdisciplinario para el cuidado de la gestante como prevención y mantenimiento de la salud (59)	Cualitativa	Dicotómica	No minimal	Cumplimiento de las remisiones de atención dentro del control prenatal	Barreras institucionales	N/A	Si (1) No (2)
Intervenciones o planes de manejo	Dependiente	Son todas las acciones brindadas dentro	Cualitativa	Dicotómica	No minimal	Intervenciones dadas en el control	Barreras institucionales	N/A	Si (1) No (2)

DQS is member of:





<p>no obtenidas por el paciente</p>		<p>del control prenatal que la gestante de continuidad a los cuidados de la gestación como medicamentos, suplementos, vitaminas, procedimientos y exámenes. (60)</p>				<p> prenatal- HC ¿obtuvo el plan de manejo o en los controles prenatales?</p>			
<p>Educación brindada al paciente durante el proceso</p>	<p>Dependiente</p>	<p>Son toda información necesaria para el cumplimiento de acciones propias de las gestantes para el bordaje y el transcurso de la gestación de manera saludable como signos de alarma y la</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Dicotómica</p>	<p>No minimal</p>	<p>la importancia del control prenatal el cumplimiento de los controles, el parto institucional signos de alarma cuidados durante el</p>	<p>Barreras institucionales</p>	<p>N/A</p>	<p>Si (1) No (2)</p>





		ad de los controles . (59)				o. de gestación			
Trato enfermero-paciente	Dependiente	Es la actitud y acciones de enfermería donde comprende a las personas como ser dotado de creencias, emociones, sentimientos y temores, sin olvidar su propia individualidad y su conocimiento; debe comprender y sentir profundamente las necesidades de su paciente para poder satisfacerlas y brindar su cuidado según necesidades	Cualitativa	Dicotómica	No minimal	¿El trato por la enfermera que atendió los controles prenatales fue bueno?	Barreras institucionales	N/A	Si (1) No (2)





		d del control prenatal (51)			Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750		
--	--	-----------------------------	--	--	--	--	--

6. Metodología:

6.1 ENFOQUE METODOLOGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Investigación de tipo Estudio Cuantitativa

6.2 TIPO DE ESTUDIO

De corte descriptivo; Retrospectivo; Transversal

6.3 POBLACIÓN

Mujeres Migrantes que estuvieron en gestación en el semestre 2 del año 2020

6.7 DISEÑO MUESTRAL

Se obtuvo un censo con la totalidad de 143 gestantes migrantes atendidas en el 2020 en el control prenatal, donde se obtuvo un muestreo de 84 paciente por medio de la parcialidad y el filtro de los métodos de inclusión y exclusión para la investigación. Del muestreo con filtro se obtendrá la cantidad de muestra según la revisión de historia clínica y la autorización de la migrante en la participación del estudio, donde se obtuvo una muestra de 34 paciente de las cuales fue efectiva la llamada y autorizaron la participación de la investigación..

6.8 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

6.8.1 CRITERIO DE INCLUSIÓN

- Mujeres Migrantes que estuvieron en gestación en el año 2020
- Mujeres de 18 a 38 años
- Historia clínica de Mujeres migrantes que fueron atendidas en el año 2020 en el control prenatal por el personal de enfermería de la E.S.E a investigar
- Mujeres que autoricen el consentimiento informado

6.8.2 CRITERIO DE EXCLUSIÓN

- Mujeres gestantes atendidas actualmente en el control prenatal.
- Historia clínica del control prenatal por parte de medicina general
- Migrante que no conteste la llamada para la obtención de datos de las preguntas para la realización de la revisión de historias clínicas.

6.9 VARIABLES DE INTERES

6.9.1 VARIABLE DEPENDIENTE.

- ✓ Barreras generas en la atención del control prenatal en el periodo de 2 del 2020
- ✓ **Barreras personales:** Son características propias de cada gestante de tipo motivacional, actitudinal y satisfacción con la atención; dentro de ellos están los sociales que don de tipo económico, culturales y psicosociales que con llevan a generar barrera para el control prenatal.
- ✓ **Barreras institucionales:** Están relacionados con la prestación del servicio de control prenatal, la existencia de la educacion y orientación del proceso y el trato dado por el personal que brinda la atención.
- ✓ Número de controles prenatales asistidos

6.9.2 VARIABLE INDEPENDIENTE

- **Parto No institucional;** se considerado porque gracias a las barreras encontradas se puede llegar a relacionar con las existencias de parto no institucionalizado o complicaciones del mismo, con las variables sociodemográficas como la edad, estado civil, la afiliación, procedencia y las variables clínicas que han generado las barreras
- **Datos Sociodemográficos y clínicos:** Edad, estado civil, estrato socioeconómico y complicaciones en el parto (madre e hijo)

7. TECNICAS DE RECOLECCIÓN

7.1 FUENTES DE INFORMACION:

La fuente de información que se utilizara en el presente estudio es **primaria y secundaria** porque se obtendrá información como resultado por parte de revisión de historia clínica y notas de enfermería como también obtenidas por el paciente.

Se utilizará la sistema o consola Kubaap por el cual será el medio de recolección de datos en la revisión de historia clínicas de los controles por parte del personal de enfermería con autorización por convenio docencia servicio y el consentimiento informado del paciente migrante así mismo se utilizará por medio de vía telefónica la obtención de datos propios de las características de las barreras que no se obtendrán en las historias clínicas.

7.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN.

- Base de datos de las mujeres gestante migrantes que fueron atendidas en el segundo semestre del 2020- **Excel**.
- En el proceso investigativo se partirá a través de recopilación de datos por medio de historia clínicas de enfermería por el cual se usará el **aplicativo Excel**, para plasmar la **obtención y recolección** de datos relacionados a las barreras generadas en la atención del control prenatal en las migrantes que contribuyan al riesgo de parto no institucional.

7.3 PROCESO DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN

- Se obtuvo apoyo en la obtención de datos de las mujeres gestantes que fueron atendidas, por la enfermera profesional que atendió los controles prenatales en el periodo asignado a investigar

- La recolección de datos se realizará mediante revisión de historia clínicas de la atención del control prenatal de enfermería así mismo se utilizará por medio de vía telefónica la obtención de datos propios de las características de las barreras que no se obtendrán en las historias clínicas

8. TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

8.1 TECNICAS DE PROCESAMIENTO

8.1.1 ANALISIS DE DATOS

Para dar respuesta al objetivo uno: Caracterizar las variables sociodemográficas y clínicas de la población estudio, se realizará una obtención de datos sociodemográficas en la gestante migrante como edad, estado civil, nivel educativo, estrato socioeconómico, afiliación, número de controles prenatales que asistieron las migrantes, y la asistencia de complicación en el parto por medio del Excel obtenido por la E.S.E a investigar a si mismo se verifica con los datos básicos dentro de las historias clínicas de cada gestante, obteniendo tambien la totalidad de los controles prenatales asistidos y diligenciados en la historia clínica como tambien se analizara el motivo de consulta y evolución de la gestante el día de la atención al parto o por ingreso de infección, complicación o mortalidad si es el caso.

En el objetivo dos: Identificar barreras personales e institucionales encontradas en la atención de la gestante inmigrante en el control prenatal:

Se realizará análisis de datos por medio de la recopilación de datos obtenidos en la revisión de la consola de Kubaap donde se identificará las barreras personales (Motivación, actitudes, satisfacción con la atención del control prenatal, Percepciones negativas de la atención del parto institucional y control prenatal, apoyo económico e familiar y cultura o antecedentes de parto no institucional) e institucionales (Accesibilidad, remisiones, educacion a la gestante, intervenciones o plan de manejo, y trato enfermero- paciente) de manera objetiva en los hallazgos encontrados en las notas de enfermería de cada característica de las barreras presentadas en el cuadro; seguidamente las características de las barreras personales (Parte de motivación, actitudes, satisfacción y percepciones negativas) y de las barreras

institucionales (Accesibilidad, intervenciones o plan de manejo y trato enfermero paciente) se realizara por vía telefónica a las gestantes migrante atendidas en el año 2020 luego del consentimiento informado autorizado para la obtención de los datos anteriormente dichos.

Barreras generadas en el control prenatal			
Barrera personal	Ítems a obtener de historia clínica y nota de enfermería	Si	No
Motivación	El embarazo fue planificado en HC		
	Por vía telefónica: ¿Fue importante el control prenatal durante la gestación?		
	Presencia o alteración en la escala de riesgo materno psicoemocional en HC		
Actitudes relacionadas en el embarazo	Por vía telefónica: ¿Estaba interesada en asistir a los controles prenatales y en los cuidados durante la gestación? Presencia de alteración en la escala de Zung en la HC Hábitos de riesgo durante la gestación - HC		
Satisfacción de la atención	Por vía telefónica: ¿Estuvo satisfecha con la atención brindada en la atención prenatal o en el parto?		
Percepciones negativas de la atención del parto y control prenatal	Por vía telefónica: ¿Tuvo percepciones negativas con la atención prenatal y la atención al parto?		
Apoyo económico y familiar durante el proceso	Apoyo económico deficiente		
	Alteración en la comunicación y relación familiar Ausencia de apoyo		
	Multiparidad- HC		



Cultura o antecedentes de parto domiciliarios	Antecedente de parto domiciliario - HC		
	Antecedente familiares o cultura de parto domiciliario- HC Por vía telefónica: ¿Ha tenido o en su familia algún antecedente de parto en casa?		
Barreras institucionales	Ítems a obtener	Si	No
Accesibilidad a los servicios dentro de la atención prenatal	Por vía telefónica: ¿Tuvo alguna barrera institucional en la atención del control prenatal o en la atención al parto?		
Atención en las remisiones	Cumplimiento de las remisiones de atención dentro del control prenatal- HC		
Intervenciones o plan de manejo no obtenidas por el paciente	Intervenciones dadas en el control prenatal- HC Por vía telefónica: ¿obtuvo el plan de manejo en los controles prenatales?		
Educación brindada al paciente durante el proceso	Educación brindada en los controles prenatales sobre: la importancia del control prenatal y el cumplimiento de los controles, el parto institucional, signo de alarma y cuidados durante el proceso de gestación- HC		
Trato enfermero-paciente	Por vía telefónica: ¿El trato por la enfermera que atendió los controles prenatales fue bueno?		

Preguntas cerradas a realizar por vía telefónica para el cumplimiento de la obtención de datos de las barreras personales e institucionales:

1. ¿Fue importante el control prenatal durante la gestación?
2. ¿Estaba interesada en asistir a los controles prenatales y en los cuidados durante la gestación?
3. ¿Estuvo satisfecha con la atención brindada en la atención prenatal o en el parto?
4. ¿Tuvo percepciones negativas con la atención prenatal y la atención al parto?

Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz



5. ¿Ha tenido o en su familia algún antecedente de parto en casa?
6. ¿Tuvo alguna barrera institucional en la atención del control prenatal o en la atención al parto?
7. ¿obtuvo el plan de manejo como (medicamentos, procedimiento, exámenes) en los controles prenatales?
8. ¿El trato por la enfermera que atendió los controles prenatales fue bueno?

9. PLAN DE DIVULGACIÓN DE RESULTADOS:

- Se publicarán los resultados del estudio con responsabilidad, integridad y exactitud. Se citará las fuentes de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de interés
- Se publicará el artículo en una revista científica indexada
- Se publicará de forma oral los resultados a los actores interesados Por medio de estrategias tecnológica Teams

10. CONSIDERACIONES ETICAS

Este proyecto de investigación se ajustó a la normatividad internacional y en particular a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la declaración de Helsinki. Según la Resolución 8430 de 1993 del ministerio de Salud de Colombia, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia, el presente estudio se clasifica como una investigación sin riesgo, además una investigación experimental con enfoque descriptivo, por cuanto se emplearon datos obtenidos a partir de la aplicación de instrumento de obtención de datos.

10.1 PRINCIPIOS ETICOS DE LA INVESTIGACIÓN

- La investigación aportara el mejoramiento de la salud de la población
- Todos los participantes están dentro del estudio siempre y cuando cumplan con los criterios de inclusión
- La información será de uso académico exclusivamente y para la institución a la que pertenecen estas personas, no se individualizará la información ni se harán conocer los datos personales de los participantes.

- La investigación tiene una clasificación de Ningún riesgo para la población a investigar.

10.2 ASPECTOS ÉTICOS.

- En esta investigación los procedimientos éticos, se planearon teniendo en cuenta la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, que privilegia los principios éticos de autonomía y libertad de cada participante.
- Se clasifica como investigación sin riesgo, debido a que no se realizó intervención o modificación de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas que participaron en el estudio.
- En todo momento se protegió la integridad y anonimato de las participantes tomando todas las precauciones para resguardar la intimidad de las personas, la confidencialidad de la información de la historia clínica, utilizando los datos única y exclusivamente para el desarrollo de este trabajo de investigación.

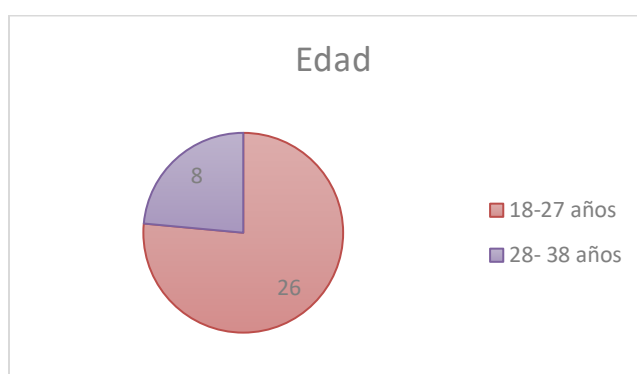
11. RESULTADOS

Dentro de los resultados se pudo evidencia de la población total de 84 pacientes dadas en la obtención de datos, con lo criterios de inclusión se obtuvo un total de 34 paciente donde fue exitosa la llamada telefónica para posteriormente realizar la revisión de historia clínicas para la obtención de los datos según los objetivos planteados.

11.1 Con el objetivo: Caracterizar las variables sociodemográficas y clínicas de la población estudio: se realizó obtención de datos sociodemográficas en la gestante migrante como edad, estado civil, nivel educativo, estrato socioeconómico, afiliación, número de controles prenatales que asistieron las migrantes, y la existencia de complicación en el parto.

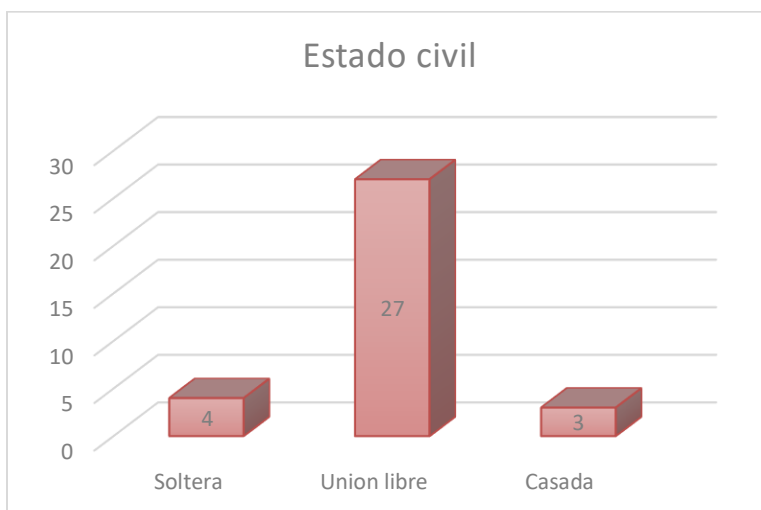
Con respecto a la edad de la totalidad de las pacientes encuestadas, la edad mínima fue de 18 años y máxima de 38 años con una mediana de 23 años, una moda de 21 años; se realizó dos categorías: 18 años a 27 años con una totalidad de 26 paciente donde la edad mayor notificada dentro de la categoría fue de 21 años representadas en 76%; la categoría de 28 años - 38 años con una totalidad de 8 pacientes, representada en 24%.

Edad (categoría)	Frecuencia absoluta	Frecuencia absoluta acumulada	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
18- 27 años	26	26	76%	76%
28- 38 años	6	34	24%	100%
Total	34		100%	



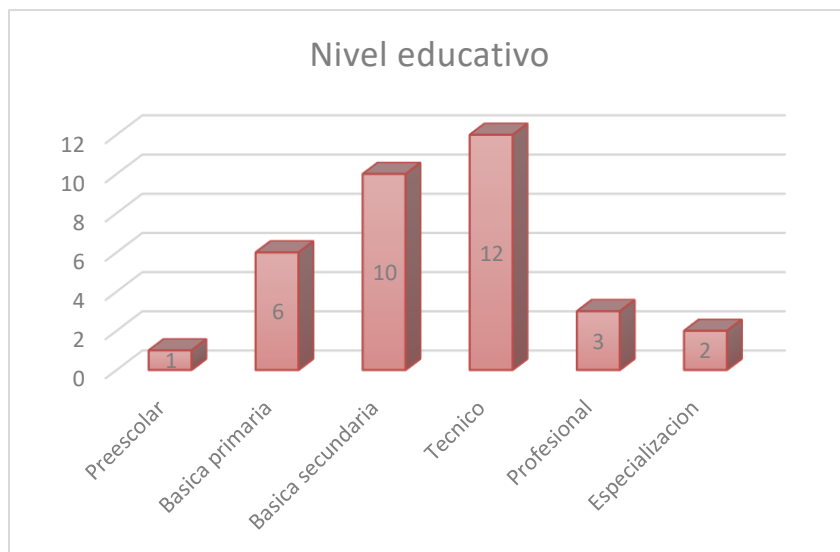
De las 34 pacientes migrantes que fueron encuestadas y realizado la revisión de historia clínica donde se confirma la informacion por vía telefónica donde se evidencio que la moda fue unión libre, tambien que 27 pacientes se encuentran en unión libre, representados en 79%, 4 pacientes que se encuentran soltera representado en 12% y 3 pacientes que se encuentran casadas representadas en 9% de la totalidad encuestadas.

Estado civil	Frecuencia absoluta	Frecuencia absoluta acumulada	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
Soltera	4	4	12%	12%
Unión libre	27	31	79%	91%
Casada	3	34	9%	100%
Total	34		100%	



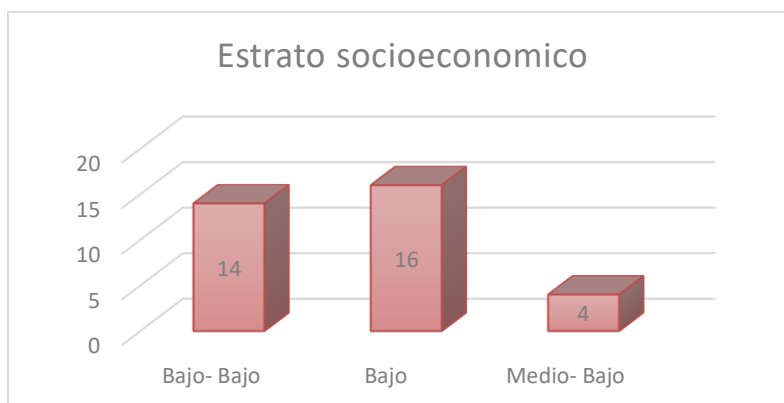
Dentro del nivel educativo se tuvo en cuenta la clasificación que ofrecía el sistema de la E.S.E a investigar donde se obtuvo una moda de técnico; el mayor porcentaje estuvo dentro el nivel educativo técnico con 12 pacientes representados en 35%, seguidamente con básica secundaria con 10 pacientes representados en 29%, básica primaria con 6 pacientes representadas en 18%.

Nivel educativo	Frecuencia absoluta	Frecuencia absoluta acumulada	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
Preescolar	1	1	3%	3%
Básica primaria	6	7	18%	21%
Básica secundaria	10	17	29%	50%
Técnico	12	29	35%	85%
Profesional	3	32	9%	94%
Especialización	2	34	6%	100%
Total	34		100%	



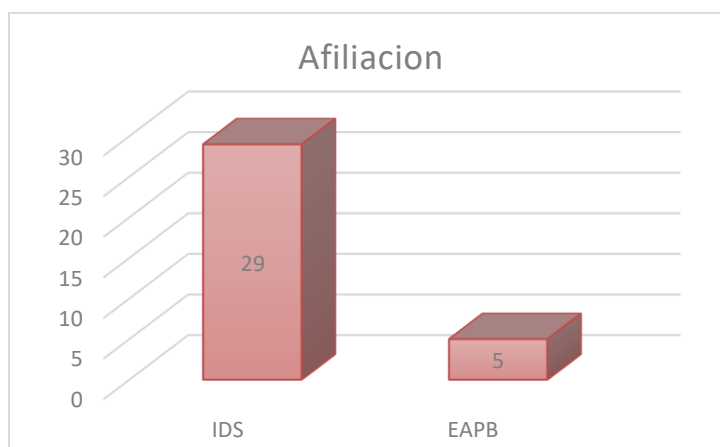
Dentro del Estrato socioeconómico se tuvo en cuenta la clasificación que ofrecía el sistema de la E.S.E a investigar donde se obtuvo que el mayor porcentaje estuvo dentro el nivel socio económico siendo la moda: Bajo con 16 pacientes representados 47%, luego Bajo- Bajo con 14 pacientes representados en 41% de la totalidad de pacientes encuestadas donde fue confirmado con las pacientes migrantes por vía telefónica.

Estrato socioeconómico	Frecuencia absoluta	Frecuencia absoluta acumulada	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
Bajo -Bajo	14	14	41%	41%
Bajo	16	30	47%	88%
Medio -bajo	4	34	12%	100%
Total	34		100%	



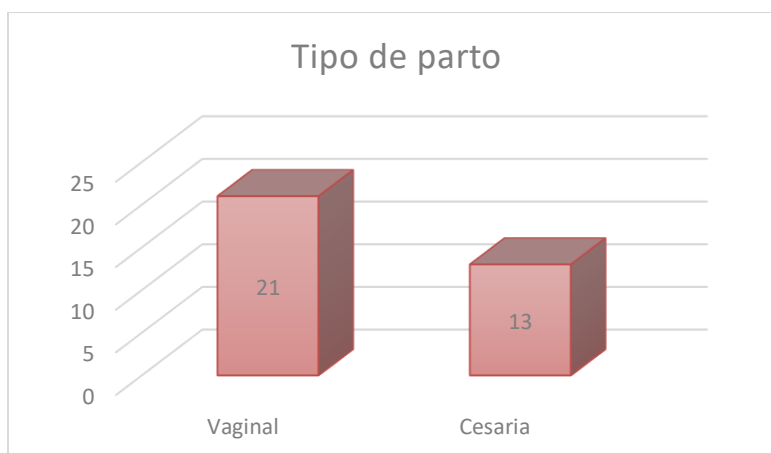
Dentro de los datos a obtener es la afiliación donde se obtuvo que solo 5 pacientes se encontraban afiliadas a una EAPB como compartía, Comfamilia y multia ser; representadas en 15%, y 29 pacientes no se encuentran afiliadas y son atendidas por la aseguración del instituto departamental de salud representadas en 85% de las pacientes encuestadas.

Afiliación	Frecuencia absoluta	Frecuencia absoluta acumulada	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
EAPB	5	5	15%	15%
IDS	29	34	85%	100%
Total	34		100%	



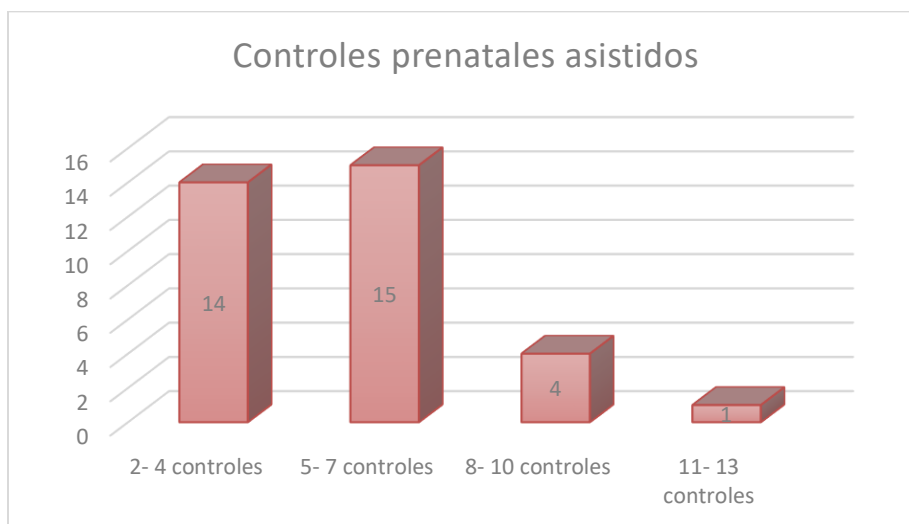
De las pacientes encuestadas se obtuvo que en la totalidad se obtuvo hijo nacido vivo, sin presencia de mortalidad materna o neonatal; donde 21 pacientes tuvieron parto vaginal representados en 62% y 13 paciente con cesaría representados en 38% de las pacientes encuestadas.

Tipo de parto	Frecuencia absoluta	Frecuencia absoluta acumulada	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
Vaginal	21	21	62%	62%
Cesaría	13	34	38%	100%
Total	34		100%	



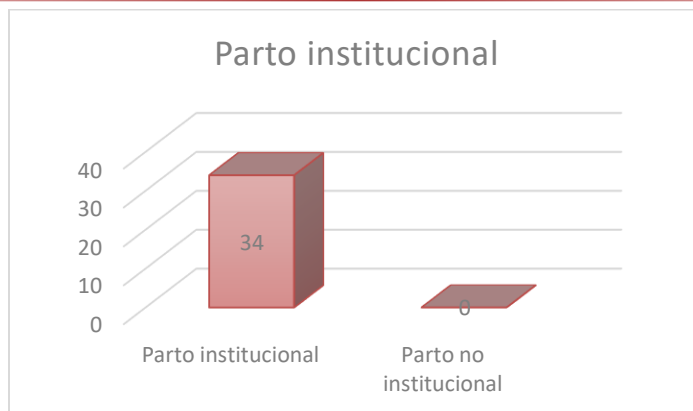
Con respecto a la frecuencia de los controles prenatales asistidos por las pacientes s obtuvo una mediana de 5 controles y una moda de 4 controles; se realizó 4 categorías donde la categoría con mayor porcentaje fue de 5 a 7 controles con 15 pacientes representado en 44%, seguidamente con los controles de 2 – 4 con 14 pacientes representados en 42%, 8- 10 controles con 4 pacientes representados en 12% y de 11 a 13 controles una paciente representada en 3% de las pacientes encuestadas

Controles prenatales asistidos	Frecuencia absoluta	Frecuencia absoluta acumulada	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
2-4 controles	14	14	42%	42%
5-7 controles	15	29	44%	86%
8- 10 controles	4	33	12%	97%
11- 13 controles	1	34	3%	100%
Total	34		100%	



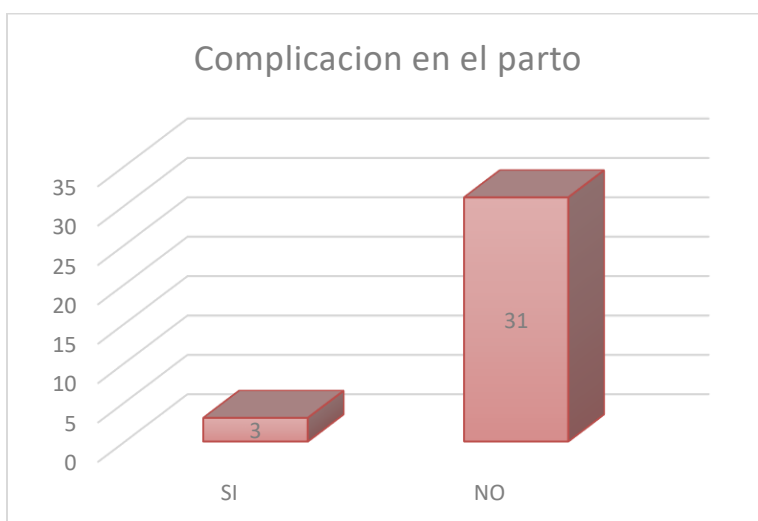
De la totalidad de las pacientes encuestadas y realizado la revisión de historias clínicas se evidencio que las 34 pacientes obtuvieron un parto institucional, representada en el 100%.

Parto institucional	Frecuencia absoluta	Frecuencia absoluta acumulada	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
Parto institucional	34	34	100%	100%
Parto no institucional	0	34	0%	
Total	34		100%	



De las pacientes encuestadas en relación con la presencia de alguna complicación durante el parto se evidencio y se confirma con la paciente por vía telefónica donde ingresaron 3 pacientes por preeclampsia representadas en 9% y 31 paciente no tuvieron ninguna complicación externa al trabajo de parto, representada en 91% de las pacientes encuestadas

Complicación en el parto	Frecuencia absoluta	Frecuencia absoluta acumulada	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
SI	3	3	9%	91%
NO	31	34	91%	100%
Total	34		100%	



11,2 en el objetivo dos: Identificar barreras personales e institucionales encontradas en la atención de la gestante inmigrante en el control prenatal:

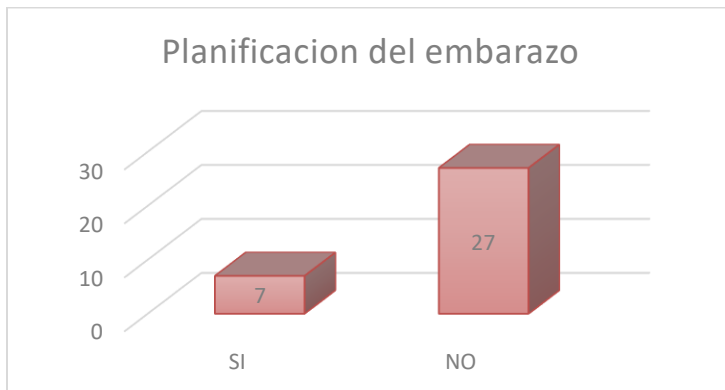
Se realizo análisis de datos en la recopilación de datos obtenidos en la revisión de la consola de Kubaap donde se identificaron barreras personales (Motivación, actitudes, satisfacción con la atención del control prenatal, Percepciones negativas de la atención del parto institucional y control prenatal, apoyo económico e familiar y cultura o antecedentes de parto no institucional) e institucionales (Accesibilidad, remisiones, educacion a la gestante, intervenciones o plan de manejo, y trato enfermero- paciente).

Dentro de las **Barreras Personales** se encuentra (Motivación, actitudes, satisfacción con la atención del control prenatal, Percepciones negativas de la atención del parto institucional y control prenatal, apoyo económico e familiar y cultura o antecedentes de parto no institucional)

Motivación: Dentro de motivación se obtiene datos de la planificación del embarazo, la importancia de los controles prenatales y la presencia de riesgo materno biopsicosocial.

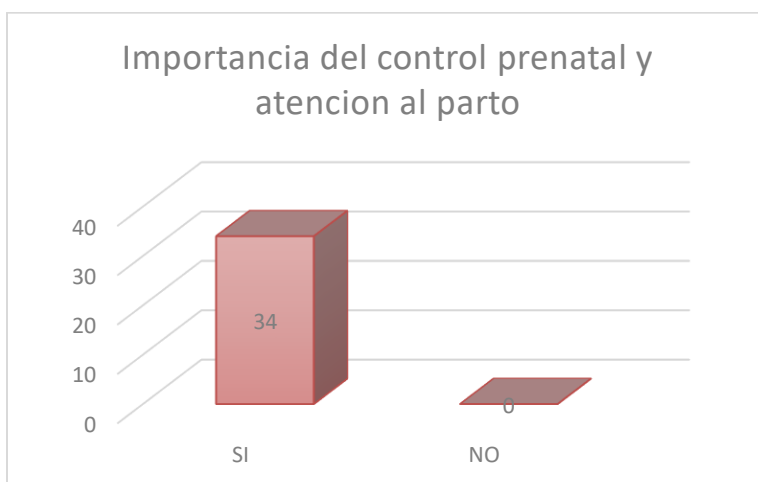
Dentro de las pacientes que fueron encuestadas con una totalidad de 34 pacientes, se obtuvo una moda de no planificación de embarazo; se identificó que 27 pacientes no planificaron su embarazo representadas en 79% y 7 pacientes migrantes si planificaron su embarazo representadas en 21% de las pacientes encuestadas, realizadas en la revisión de historias clínicas y confirmado por vía telefónica.

Planificación del embarazo	Frecuencia absoluta	Frecuencia absoluta acumulada	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
SI	7	7	21%	21%
NO	27	34	79%	100%
Total	34		100%	



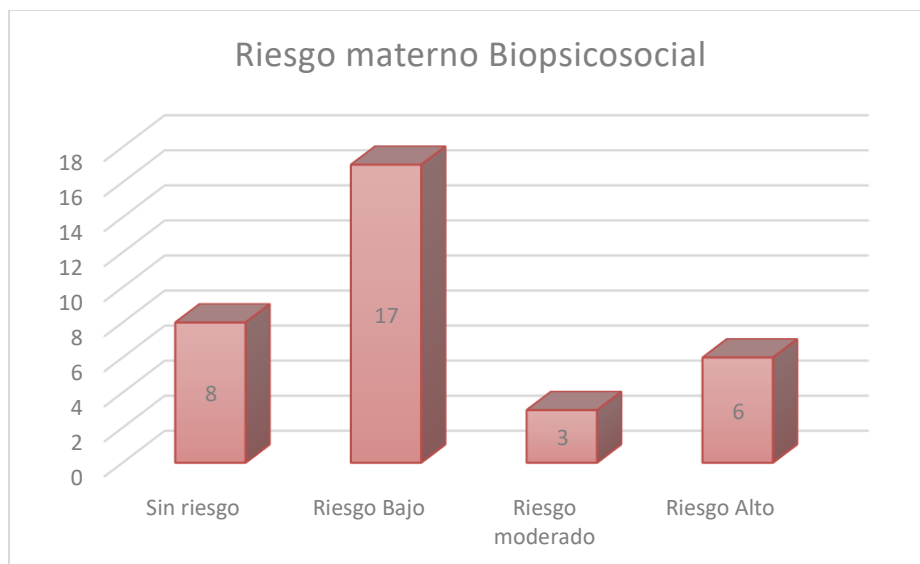
En la totalidad de las pacientes migrantes encuestadas por vía telefónica, el 100% reconocieron la importancia que con lleva la asistencia de los controles prenatales y los múltiples beneficios del seguimiento, así mismo de la atención al parto y la prevención de complicaciones por la no asistencia del parto institucional.

Importancia del control prenatal y atención al parto	Frecuencia absoluta	Frecuencia absoluta acumulada	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
SI	34	34	100%	100%
NO	0	34	0%	
Total	34		100%	



Riesgo materno Biopsicosocial es una escala que mide características de riesgo biológicos o antecedentes patológicos donde está la historia reproductiva, condiciones asociadas y el embarazo actual de la madre, también la tensión emocional y el soporte familiar, donde de las 34 pacientes encuestadas y haber realizado la revisión de historias clínicas, se evidencio que 17 pacientes migrantes se encontraban en riesgo bajo representadas en 50%, seguidamente de 8 pacientes sin riesgo representadas en 23%, Riesgo alto 6 pacientes migrantes representadas en 18% y en riesgo moderado 3 pacientes migrantes representados en 9% de las pacientes a investigar.

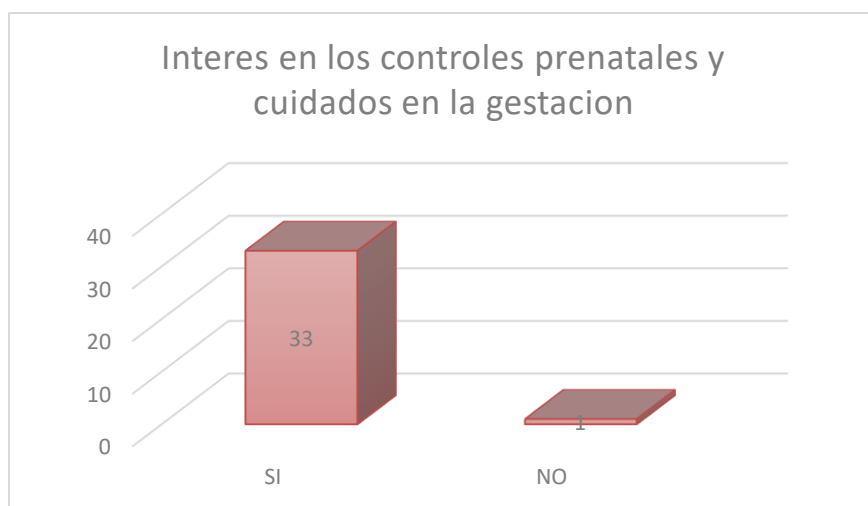
Riesgo materno biopsicosocial	Frecuencia absoluta	Frecuencia absoluta acumulada	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
Sin riesgo	8	8	23%	23%
Riesgo bajo	17	25	50%	73%
Riesgo moderado	3	28	9%	82%
Riesgo Alto	6	34	18%	100%
Total	34		100%	



Otros ítems a evaluar dentro de las barreras personales son las **actitudes dentro de la gestación**, donde se tiene en cuenta el interés, la escala de Zung que mide la depresión en la gestante y hábitos de riesgo que este teniendo durante el proceso de gestación.

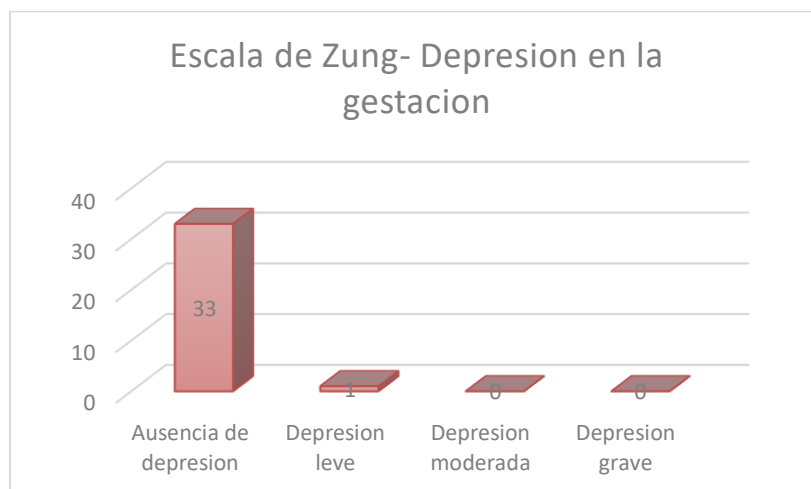
Dentro de las barreras personales encontramos las actitudes dentro de la gestación, y se evalúa la característica de interés por los controles prenatales y los cuidados durante la gestación donde se evidencio que 33 pacientes migrante se mostraban interesadas en los controles y los cuidados representados en 97% y una paciente se evidencio que no presentaba interés de manera continua por olvido y ocupaciones del hogar representada en 3% de las pacientes encuestadas.

Interés de los controles prenatales	Frecuencia absoluta	Frecuencia absoluta acumulada	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
SI	34	34	100%	100%
NO	0	34	0%	
Total	34		100%	



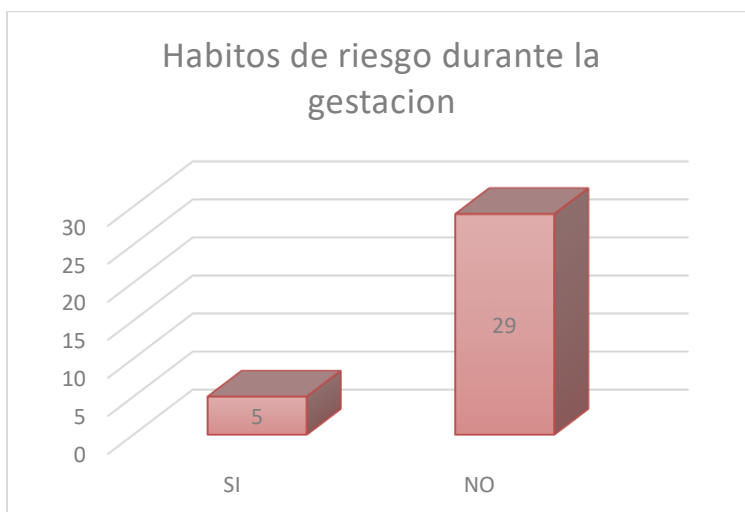
Dentro de la escala de Zung que evalúa la existencia de depresión en la gestante se pudo evidencia que 33 pacientes migrante presentaron ausencia de depresión representadas en el 97% y una paciente donde con factores de riesgo biopsicosociales presentaba depresión leve representada en 3% de la pacientes encuestadas y realizada revisión de historia clínicas

Escala de Zung	Frecuencia absoluta	Frecuencia absoluta acumulada	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
SI	33	33	97%	97%
NO	1	34	3%	100%
Total	34		100%	



Dentro de las pacientes encuestadas y realizado la revisión de historia clínicas se obtuvo como moda el no hábitos de riesgo, además se evidencia que dentro de la actitudes que tiene durante la gestación, una de las característica a obtener datos es la existencia de factores de riesgo como consumo de tabaco, alcohol, sustancias psicoactivas, exposición al humo o leña, tensión emocional, obesidad, hábitos alimenticios y uso del tiempo libre que fue obtenida la característica por la el sistema de la E.S.E a investigar, donde se evidencio que 29 pacientes migrante no presentan hábitos de riesgos para la gestación según los datos obtenidos en la revisión de historia clínicas, representados en 85% y 5 pacientes si presentaban hábitos de riesgo como el consumo de cigarrillo 3 pacientes y 2 paciente con obesidad representadas en 15%.

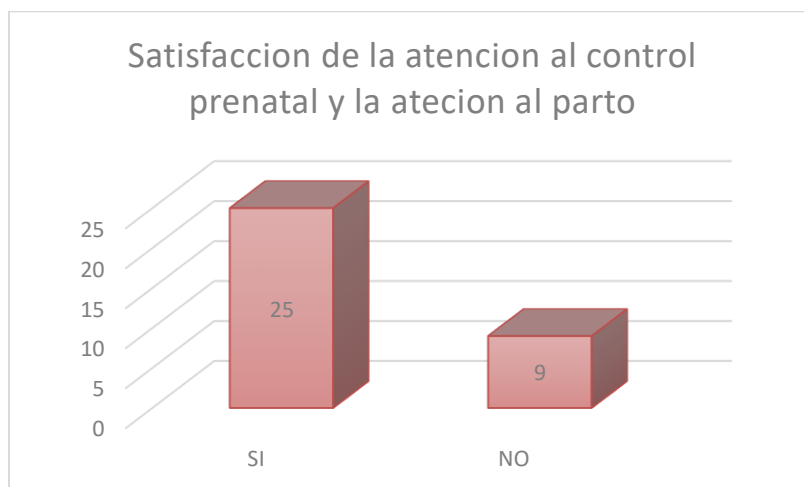
Hábitos de riesgo	Frecuencia absoluta	Frecuencia absoluta acumulada	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
SI	5	5	15%	15%
NO	29	34	85%	100%
Total	34		100%	



Otro ítem evaluar de las barreras personales es la **satisfacción de la atención dada en los controles prenatales y la atención al parto.**

De las 34 pacientes migrantes encuestadas se pudo evidenciar que 25 pacientes estaban satisfechas con la atención en los controles prenatales, con afirmaciones: “Fueron amable y atentos; me explicaban y me acompañaron en el proceso a pesar de ser venezolana” representadas en 73%, y por el contrario 9 pacientes no estuvieron satisfechas con la atención al parto considerando la frialdad y malgenio por el personal, incomodidad por exceso de tacto vaginales dentro de la insatisfacción de la atención, representados en 27% de las pacientes encuestadas.

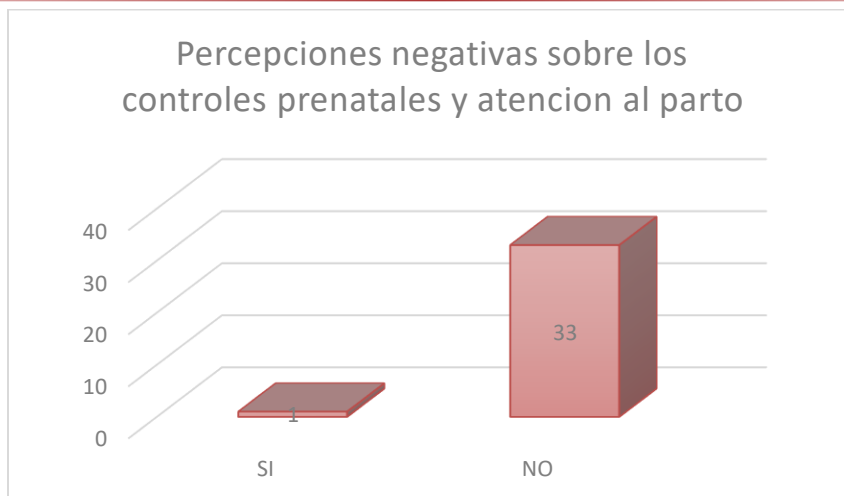
Satisfacción del control prenatal y atención al parto	Frecuencia absoluta	Frecuencia absoluta acumulada	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
SI	25	25	73%	73%
NO	9	34	27%	100%
Total	34		100%	



Otro ítem evaluar de las barreras personales son las **percepciones negativas** acerca de los controles prenatales y la atención al parto institucional.

En la totalidad de las pacientes encuestadas se pudo evidenciar que 33 pacientes no referían antecedente de percepción negativa acerca de los controles prenatales y la atención al parto, representado en el 97% y por el contrario una paciente refería percepciones negativas hacia la atención al parto, viéndolo como una atención fría si n humanización, representada en el 3% de las pacientes encuestadas.

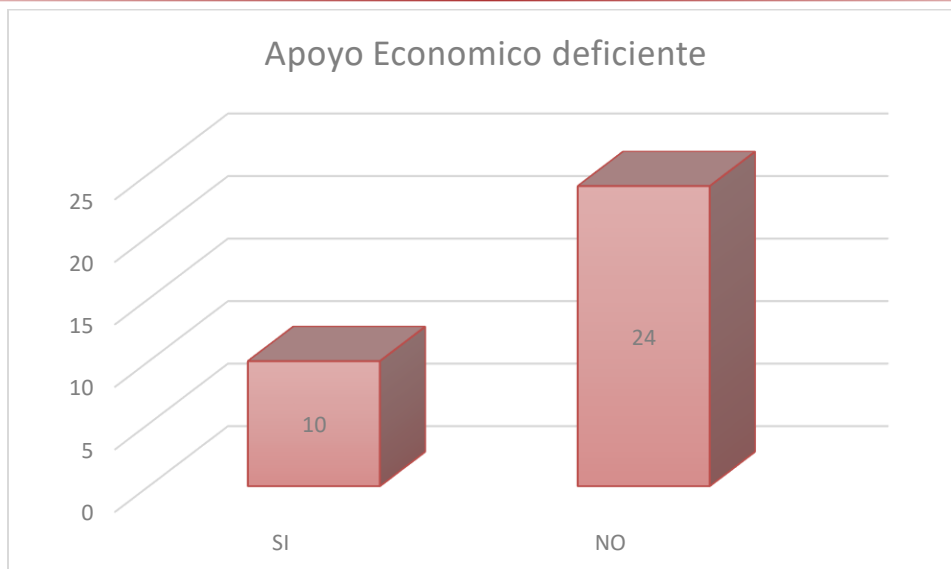
Percepciones negativas sobre el control prenatal y atención al parto	Frecuencia absoluta	Frecuencia absoluta acumulada	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
SI	1	1	3%	3%
NO	33	34	97%	100%
Total	34		100%	



Otro ítem evaluar de las barreras personales es el **apoyo económico y familiar**, donde las características son apoyo económico deficiente, alteración en la comunicación y relación familiar y el apoyo familiar.

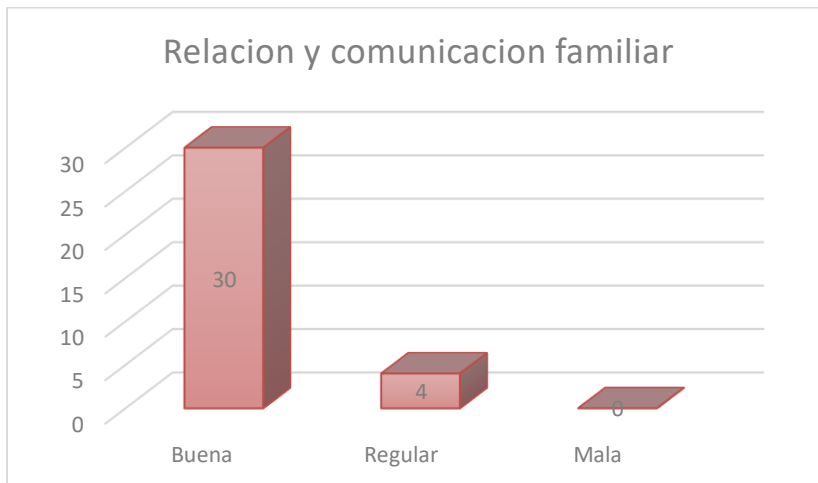
Dentro de las características de apoyo económico de las barreras personales se pudo evidenciar en la revisión de historia clínicas con la confirmación por vía telefónica con las pacientes, que 24 pacientes migrante no presentaban apoyo económico deficientes representadas en 70% y 10 pacientes presentaban y consideraban que una de las barreras personales era el apoyo económico deficiente durante el proceso de gestación representado en 30%.

Apoyo económico deficiente	Frecuencia absoluta	Frecuencia absoluta acumulada	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
SI	10	10	30%	30%
NO	24	34	70%	100%
Total	34		100%	



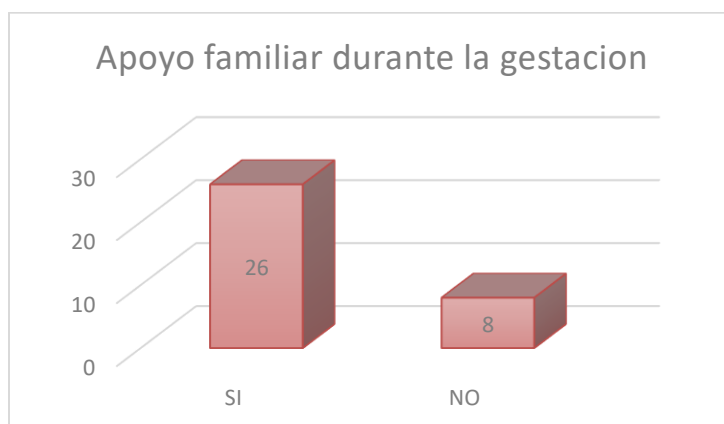
Dentro de las barreras personales se encuentra dentro de las características la relación y comunicación familiar donde se considera un factor protector si se encuentra presente, se obtuvo de las 34 pacientes encuestadas y realizado revisión de historia clínica, que 30 paciente migrantes presentaban buena relación y comunicación familiar siendo la moda de la variable, representadas en 88% y por el contrario 4 pacientes presentaban relación y comunicación regular con la familia, representada en 12% y ninguna paciente presentaba mala relación y comunicación familiar.

Relación y comunicación familiar	Frecuencia absoluta	Frecuencia absoluta acumulada	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
Buena	30	30	88%	88%
Regular	4	34	12%	100%
Mala				
Total	34		100%	



Dentro de las características se encuentra el apoyo familia durante la gestación, donde se evidencio que las 34 pacientes 26 consideraban que tuvieron apoyo familiar durante la gestación siendo la moda de la variable, representadas en 76% y por el contrario 8 pacientes migrante consideraron que o tuvieron apoyo por parte de la familia, representadas en 24% de las pacientes encuestadas.

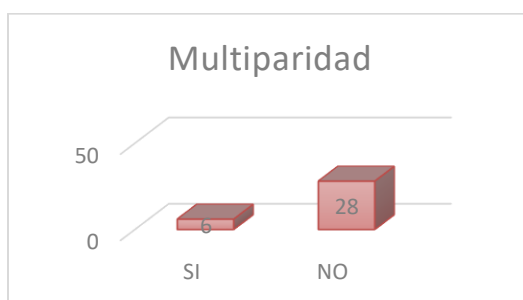
Apoyo familiar durante la gestación	Frecuencia absoluta	Frecuencia absoluta acumulada	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
SI	26	26	76%	76%
NO	8	34	24%	100%
Total	34		100%	



Otro ítem evaluar de las barreras personales son la **cultura o antecedentes de parto domiciliarios** donde se obtiene si existe multiparidad, antecedente de parto domiciliario y antecedente familiar de parto domiciliario.

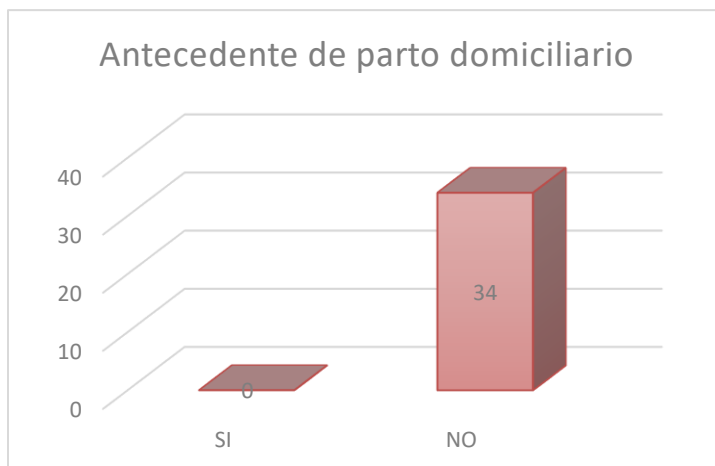
De las 34 pacientes que fueron encuestadas y realizado la revisión de historia clínica se evidencio que 28 paciente no tenía multiparidad, siendo la moda de la variable, representadas en 82% y por el contrario 6 pacientes presentaban multiparidad con un intervalo de 4- 6 hijos, representados en 18%.

Multiparidad	Frecuencia absoluta	Frecuencia absoluta acumulada	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
SI	6	6	18%	18%
NO	28	34	82%	100%
Total	34		100%	



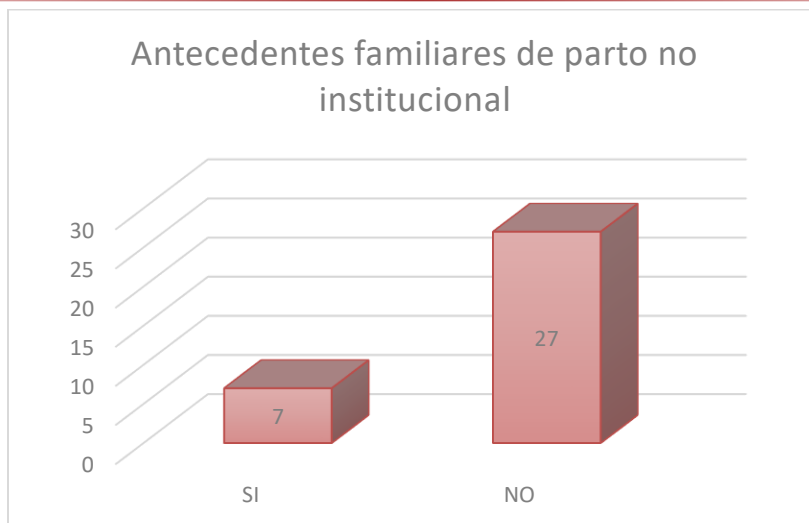
Dentro de las barreras personase se encuentra la existencia de antecedente de parto no institucionales o domiciliario donde se evidencio que de las 34 pacientes encuestadas y realizado la revisión de historias clínicas, en la totalidad, el 100% no han presentado antecedente de parto domiciliario.

Antecedente de parto domiciliario	Frecuencia absoluta	Frecuencia absoluta acumulada	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
SI	0	0	0%	0%
NO	34	34	100%	100%
Total	34		100%	



Dentro de las barreras personales se encuentra la existencia de antecedentes familiares de parto no institucionales donde se evidencio que 27 pacientes no han tenido antecedente de parto domiciliario, siendo la moda de la variable representada en 79% y por el contrario 7 pacientes migrantes presentaron antecedentes familiares de parto domiciliarios donde en la totalidad referían que los familiares que obtuvieron el parto domiciliario fueron por elección propia, representados en 21% de las pacientes encuestadas y realizado la revisión de historia clínica.

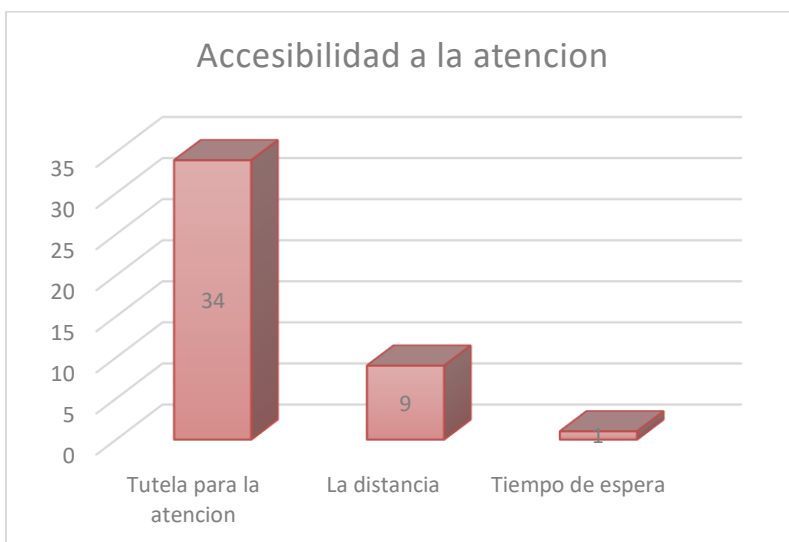
Antecedentes familiares de parto domiciliario	Frecuencia absoluta	Frecuencia absoluta acumulada	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
SI	7	7	21%	21%
NO	27	34	79%	100%
Total	34		100%	



11, 2 Dentro de **las barreras institucionales** se encuentran: Accesibilidad, remisiones, educacion a la gestante, intervenciones o plan de manejo, y trato enfermero- paciente.

Dentro de las barreras institucionales se evidencio que el totalidad, el 100% presentaron barreras en la atención por no presentar afiliación, o no presentar portabilidad, donde las 34 pacientes encuestadas realizaron proceso de tutela para ser atendidas en la E.S.E a investigar donde fueron atendidas bajo la garantía del instituto departamental de salud, donde para las atenciones del control prenatales y plan de manejo durante la gestación debían llegar copia de la tutela realizada, luego de la tutela, 9 paciente presentaron barreras de accesibilidad por la distancia del hogar a la institución representadas en 26% y 1 paciente por tiempo de espera más 30 minutos para la atención del control prenatal, y o fue atendida representada en 3% de las pacientes encuestadas y realizado la revisión de historia clínicas.

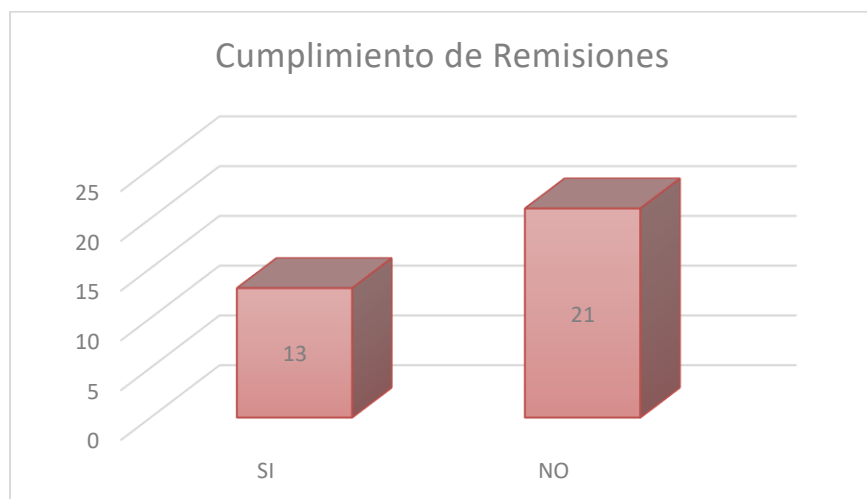
Accesibilidad a la atención	Frecuencia absoluta	Frecuencia absoluta acumulada	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
Tutela para la atención	34	34	100%	100%
Distancia	9	9	26%	26%
Tiempo de espera	1	10	3%	3%
Total	34	34	100%	10%



Otro ítem evaluar de las barreras institucionales se encuentra **la atención a remisiones**

Dentro de las barreras institucionales se obtiene datos sobre el cumplimiento de las remisiones dadas en el plan de manejo en los controles prenatales, donde se orientan a las remisiones como vacunación, nutrición, psicología, odontología, ginecología y obstetricia, donde se evidencio que 21 pacientes migrante no cumplieron con las remisiones donde por asuntos de la problemática de salud pública del COVID 19 se restringió algunos servicios como odontología delas cuales en su totalidad no obtuvieron el servicio, así mismo referían que no daban un número que contestaban y no le daban la cita o por el contrario la agenda se encontraba llena, representadas en 62% siendo la moda de la variable y 13 pacientes migrantes si presentaban cumplimiento de las remisiones representadas en 38% de las pacientes encuestadas y realizado revisión de historia clínica.

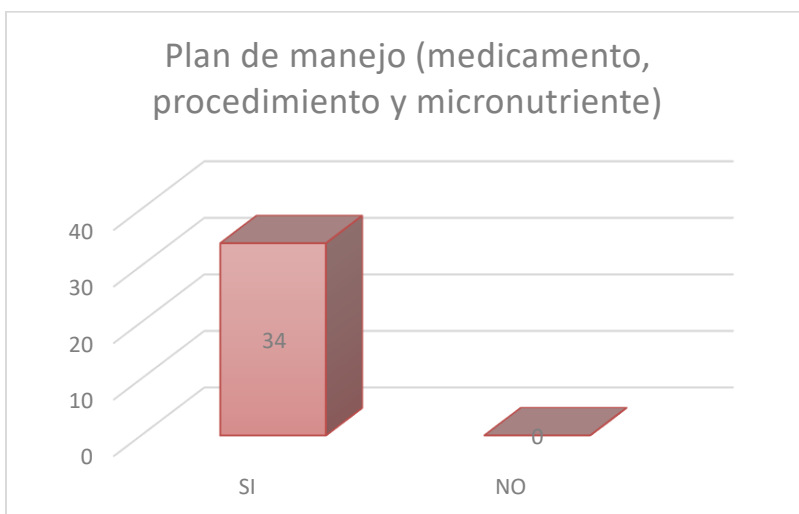
Cumplimiento de remisiones	Frecuencia absoluta	Frecuencia absoluta acumulada	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
SI	13	13	38%	38%
NO	21	34	62%	100%
Total	34		100%	



Otro ítem evaluar de las barreras institucionales se encuentra las **Intervenciones o plan de manejo no obtenidas por el paciente**, donde se realiza revisión de historia clínica y se corrobora por vía telefónica con la paciente.

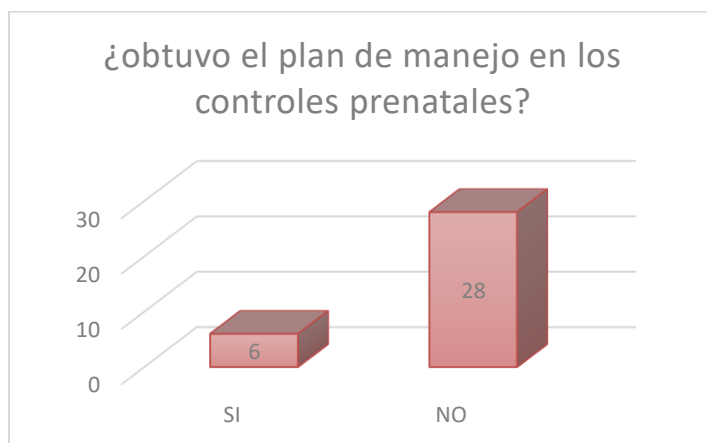
Dentro de la barreras institucionales se obtiene datos sobre el cumplimiento del plan de manejo dado al paciente como medicamento, procedimiento o exámenes y micronutrientes donde se corrobora con la E.S.E a investigar donde refieren que a la pacientes atendidas por Tutela se brinda la atención control prenatal y atención al parto, pero deben comprar los micronutrientes recetados y tambien no cuenta dentro de la atención cita con especialización, en cambio la atención al control prenatal, remisión, exámenes si son atendidos, es por esto que se evidencia en la revisión de historia clínica que la totalidad de las pacientes atendidas se brindó la orientación de las intervención que daba la institución y las que debía contar por cuenta de la paciente, representadas en el 100%.

Plan de manejo	Frecuencia absoluta	Frecuencia absoluta acumulada	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
SI	34	34	100%	100%
NO	0		0%	
Total	34		100%	



Se realiza por vía telefónica el abordaje del cumplimiento del plan de manejo, donde evidencio que 28 pacientes migrante presentaron que no fue dado completo su plan de manejo que debían comprar lo relacionado con los micronutrientes o exámenes especializados o referían que en algunas ocasiones daban los micronutrientes excepto el calcio, representada en 82% siendo la moda de la variable por el contrario 6 paciente presentaron que fueron atendidas y dada el plan de manejo completo por parte de la E.S.E a investigada por cuestión de cumplimiento de afiliación, representadas en 18% de las paciente en total.

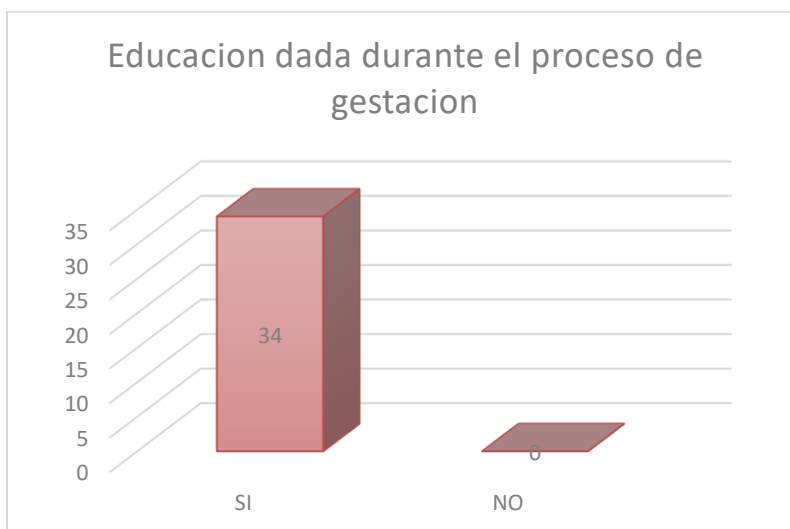
Obtención del plan de manejo	Frecuencia absoluta	Frecuencia absoluta acumulada	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
SI	6	6	18%	82%
NO	28	34	82%	100%
Total	34		100%	



Otro ítem evaluar de las barreras institucionales se encuentra la **educación brindada al paciente durante el proceso** donde se obtiene datos en el cumplimiento de Educación brindada en los controles prenatales sobre: la importancia del control prenatal y el cumplimiento de los controles, el parto institucional, signo de alarma y cuidados durante el proceso de gestación.

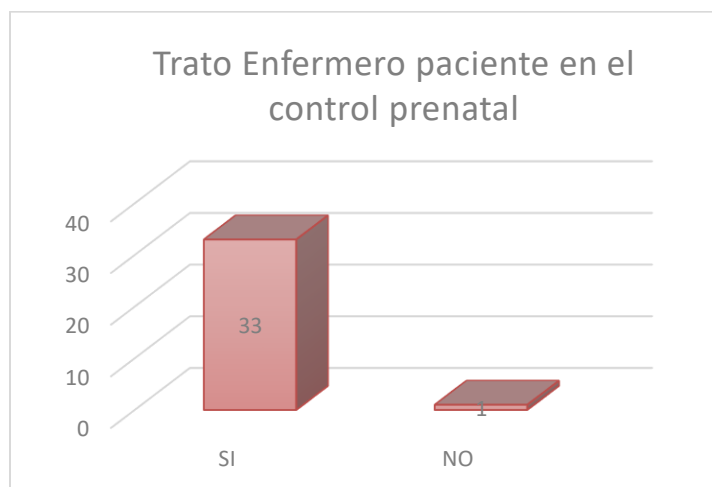
Dentro de la barreras Institucionales se encuentra la desinformación y la no orientación sobre el proceso de gestación y los cuidados que debe tener la gestante, donde se evidencia que en la totalidad, el 100% de las pacientes migrantes encuestadas y realizada la revisión d historia clínica se evidencio que todas obtuvieron educacion acerca de la importancia del control prenatal y el cumplimiento de los controles, el parto institucional, signo de alarmas y cuidados durante el proceso de gestación, donde fue corroborado por vía telefónica con las pacientes.

Educacion dada durante el proceso de gestación	Frecuencia absoluta	Frecuencia absoluta acumulada	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
SI	34	34	100%	100%
NO	0		0%	
Total	34		100%	



Otro ítem evaluar de las barreras institucionales se encuentra el **Trato enfermera- paciente**. Dentro de las barreras institucionales se encuentra el trato enfermero- paciente dentro de los controles prenatales donde se evidencio que de las 34 pacientes encuestadas, se evidencio que 33 pacientes consideraban buena la atención de la enfermera en los controles prenatales con afirmaciones “muy amable, muy atenta, me explicaba y me acompaño durante el embarazo a pesar de ser venezolana”, representada 97% siendo la moda del variable y por el contrario una paciente considero que el trato no fue el adecuado con afirmaciones “Fue mi fría y malgeniada en la atención” representada en 3% del total de las pacientes atendidas en el control prenatal en el 2020.

Trato enfermera-paciente buena	Frecuencia absoluta	Frecuencia absoluta acumulada	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
SI	33	33	97%	97%
NO	1	34	3%	100%
Total	34		100%	



Datos sociodemográficos

Dato	Características	Porcentaje
Edad	18- 27 años	76%
Nivel educativo	Técnico	35%
Estrato socioeconómico	Bajo	47%
Estado civil	Unión libre	79%
Afiliación	IDS	85%
Tipo de parto	Vaginal	62%
Número de controles prenatales asistidos	5- 7 controles	44%
Hábitos de riesgo	NO	85%
Parto institucional	SI	100%
Complicaciones en el parto	NO	91%

Barreras generadas en el control prenatal

Barrera personal	Ítems a obtener de historia clínica y vía telefónica	Porcentaje
Motivación	Embarazo NO planificado	79%
	Reconoce la Importancia del control prenatal	100%
	Alteración en la escala de riesgo materno Biopsicosocial	50% riesgo bajo 23% sin riesgo 18% riesgo alto
Actitudes relacionadas en el embarazo	Interés en los controles prenatales	97%
	Presencia de alteración en la escala de Zung en la HC	3%
	Hábitos de riesgo durante la gestación	15%
Satisfacción de la atención	Satisfacción en los controles prenatales y atención al parto	73%
Percepciones negativas	Percepción negativa con la atención prenatal y la atención al parto	3%
Apoyo económico y familiar durante el proceso	Apoyo económico deficiente	30%
	Alteración en la comunicación y relación familiar	Regular 12%
	Ausencia de apoyo familiar	24%
Cultura o antecedentes de parto domiciliarios	Multiparidad	18%
	Antecedente de parto domiciliario	0%
	Antecedente familiares o cultura de parto domiciliario	21%
Barreras institucionales	Ítems a obtener	Porcentaje



Accesibilidad a los servicios en el control prenatal	Barrera institucional en la atención del control prenatal	100% Tutela 26% Distancia 3% Tiempo de espera
Atención en las remisiones	Incumplimiento de las remisiones de atención dentro del control prenatal	62%
Intervenciones o plan de manejo no obtenidas por el paciente	Fueron dadas Intervenciones en el control prenatal- HC	100% por HC
	Por vía telefónica: ¿obtuvo el plan de manejo en los controles prenatales?	18% por Pcte
Educación brindada al paciente durante el proceso	Educación brindada en los controles prenatales sobre: la importancia del control prenatal y el cumplimiento de los controles, el parto institucional, signo de alarma y cuidados durante el proceso de gestación- HC	100%
Trato enfermero-paciente	Por vía telefónica: ¿El trato por la enfermera que atendió los controles prenatales fue bueno?	97%

12. DISCUSION.

Las barreras personales e institucionales han sido estudiadas en diversos estudios donde la reconocen como factor influyente para múltiples consecuencias que actúan como un factor de riesgo; los resultados del presente estudio resaltan la importancia que contiene la existencia de barreras personales e institucionales en el cuidado de la gestante y como influye de manera significativa en complicaciones o inclusive en el parto domiciliario o no institucional.

Desde la teórica Nola Pender, permite entender desde la perspectiva de enfermería los motivadores de la embarazada para asistir o no a los controles prenatales; al identificar factores que influyan en la promoción de la salud; donde destaca que existen unas barreras, experiencias anteriores y las influencias del entorno que la mujer puede tener para comprometerse con un mayor cuidado durante la gestación.

Así se relaciona las barreras obtenidas dentro de la investigación con los conceptos de Nola Pender donde están los **factores personales** categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales donde son predictivos de una cierta conducta, Incluye la edad; Factores personales psicológicos Incluyen la motivación, el interés; Factores personales socioculturales que Incluyen el estado socioeconómico y antecedentes de conductas de riesgo; también se relaciona con las barreras institucionales con el concepto de **Influencias situacionales** donde influye el contexto y el entorno que pueden facilitar o impedir la conducta.

Además, también se relaciona con el estudio de Vásquez, D. 2015 donde no tuvieron similitud porque identificaron que se encontraron el 100% en unión libre y en la presente investigación solo el 79% se encontraban en unión libre, en la investigación de Vásquez solo han cursado estudios primarios 41%, el 83% no planificaron su embarazo, un 46% tienen de 0 a 2 controles, el 24 no acude a los controles por falta de interés; también el 16% restante no lo recibe, 7% presentaban hábitos que puedan perjudicar el embarazo; 47% no conocen la importancia (45), en cambio en la presente investigación obtuvo resultados diferentes donde solo el 18% solo han cursado estudios primario, 79% no planificaron el embarazo, los

controles con mayor frecuencia fue de 5- 7 controles, solo el 3% demostraron desinterés en *Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz*

el control, ausencia de apoyo familiar con 23%, y el 15% presentaban factores de riesgo y el 100% de las pacientes reconocían la importancia de los controles prenatales, igualmente como barrera institucional la frialdad por el personal con un 20% en cambio con la presente investigación se evidencio que solo el 3% demostraban frialdad en la atención.

Así mismo se obtuvo resultados diferentes con la investigación realizada en Bucaramanga donde no tuvieron similitud porque identificaron barreras institucionales y personales donde: el trato inadecuado de enfermero- paciente un 30%, insatisfacción con la atención 25%, tiempo de espera largo y servicios incompletos un 2%. falta de interés 25% y multiparidad 10% (50) donde en la presente investigación se diferencia ya que en el trato enfermero-paciente solo el 3% considerándolo inadecuado, insatisfacción con el servicio un aumento de 27%, tiempo de espera y servicio incompletos una elevada comparación con 65%, falta de interés solo 3% y multiparidad un elevado de 18% en comparación de la investigación de Bucaramanga.

Tambien en la investigación cuales son las actitudes de las gestantes ante el parto realizado en el 2017 por Martines; donde no tuvieron similitud porque obtuvieron que el embarazo planificado (55,1%), casadas (70,5%) donde las actitudes de las mujeres fueron orientadas al 80% con hábitos protectores y el 20% hábitos de riesgo como falta de interés, 10% fumaban. (52) a diferencia con la presente investigación el 79% no planificaron el embarazo, una cifra mayor a la investigación a relacionar, casadas solo el 9%, y el 15% obtuvieron hábitos de riesgo una cifra menor a la investigación a relacionar.

Es por esto que en diversos estudios en relación con la presente investigación las barreras que se presentan están relacionadas mas hacia las barreras personales con un gran porcentaje a trabajar, es por esto que es necesario que las barreras institucionales como el trato, la accesibilidad y la atención integral y completa donde en el estudio de Balaguera en el 2017, Barreras de acceso y calidad en el control prenatal identificaron que el 70.59% está afiliado a régimen subsidiado y 29.6% a contributivo en cambio en la presente investigación en 100% de las paciente tuvieron barreras de accesibilidad en no presentar afiliación y ser atendidas por el instituto departamental de salud, dentro de ella la distancia del hogar a la institución un 26% en cambio en la investigación de Balaguera el 44% por la distancia y costo del hogar

a la institución.

13. CONCLUSION

Se evidencio que, dentro de lo datos sociodemográfico, se obtuvo una muestra de 34 paciente migrantes que fueron atendidas en los controles prenatales en el año 2020 donde el rango de edad mas notificado fue de 18- 27 años con 26 paciente, 79% en unión libre, nivel educativo técnico con 35% y básica secundaria con 29%, 88% con estrato socioeconómico Bajo- Bajo y Bajo, el 85% sin afiliación a EAPB atendidas por el instituto departamental de salud, tipo de parto vaginal con 62%; la frecuencia de los controles prenatales asistido el rango 5 a 7 controles con 44% y seguidamente 2- 4 controles con 42%, el 100% de las pacientes encuestadas con parto institucional y el 9% con complicación en el parto por preeclampsia. Se logro cumplir con el segundo objetivo donde se evidencio que dentro de las barreras personales se identificaron que 79% fueron embarazos no planificados, 100% de la pacientes migrantes reconocían la importancia de los controles prenatales, 77% presentaban un riesgo materno biopsicosocial ya sea riesgo bajo, moderado alto; tambien se identificó que el 3% reflejaba desinterés en los controles prenatales, 3% presentaba alteración en la escala de Zung con depresión leve, solo el 73% presentaba satisfacción con la atención de los controles prenatales y la atención al parto, el 3% presentaba percepciones negativas por la atención al parto, como una atención con frialdad y deshumanizada, además dentro de las barreras personales se encontraron apoyo económico deficiente con un 30%, alteración en la comunicación y relación con la familia un 12% y ausencia de apoyo familia con un 24%; tambien se identificó la cultura donde la multiparidad con 18% y antecedentes familiares de parto no institucional con un 21% de las pacientes encuestadas y realización de revisión de historia clínicas.

Dentro de las barreras institucionales se evidencio que en la totalidad, el 100% presentaron barreras de accesibilidad a la atención donde realizaron tutela para la atención, 26% la distancia y el costo del hogar a la institución y el 3% el tiempo de espera; el 62% tuvieron incumplimiento en las remisiones en los controles prenatales, la institución orientaba hacia



las intervenciones y solo el 18% cumplían con el plan de manejo como medicamentos y micronutrientes, además el 100% de las pacientes atendidas en el control prenatal se orientaba sobre la educación del cumplimiento del control prenatal, signos de alarma y cuidados en la gestación, también el 97% se referían la atención por la enfermera buena en el control prenatal.

Es por esto que se hace necesario el abordaje de las barreras personales e institucionales reconociendo su influencia en los cuidados y el transcurso de un embarazo saludable y sin complicaciones, donde la motivación, el interés, las actitudes, satisfacción, el apoyo económico y familiar y la cultura puede llegar a influir de manera significativa en la elección de un parto no institucional y a la aparición de complicaciones e incluso en la mortalidad materno-neonatal; como también se reconoce que la institución tiene una labor y una responsabilidad de suplir y como prioridad a la gestante dar una atención oportuna, completa e integral donde a nivel nacional se busca estrategias para garantizar un cuidado holístico a las mujeres gestante y con migrante existen entidades como OIM o incluso el instituto departamental de salud que busca orientar al cuidado de la gestante sin barreras; por tanto se debe trabajar en la barreras de accesibilidad y cumplir con el plan de manejo de manera completa y continua para asegurar el cuidado de la gestante como también en la educación y el trato humanizado en los controles prenatales y la atención al parto.

DGS is member of:



13. RECOMENDACIONES

- Continuar futuras investigaciones referentes sobre las barreras personales e institucionales a nivel departamento y municipal con el fin de promover la investigación para la realización de planes de mejoramiento tanto en los controles prenatales como en la atención al parto. Reconociendo la importancia de la influencia y las múltiples intervenciones para el fortalecimiento de hábitos saludable para el cuidado y la prevención de barreras personales e institucionales
- Una vez concluida la investigación, se considera relevante profundizar los conocimientos sobre las barreras personales e institucionales en los profesionales de salud que contribuyen al cuidado de la gestante dando a conocer la importancia que conlleva a las complicaciones, partos domiciliarios e incluso a la mortalidad materna y neonatal.
- Se considera pertinente trabajar sobre las barreras personales como la motivación, interés, actitudes, satisfacción y el apoyo de las gestantes considerándolo como un factor protector para el cuidado del embarazo.
- Se recomienda a los Enfermeros profesionales en formación, brindar una buena atención a los pacientes y proporcionar cuidados holísticos con empatía y buen trato, para la prevención o la disminución de las barreras institucionales que se puede generar en la atención del control prenatal, fomentando dentro de las practicas en lo profesionales a cargo de la atención, el trato humanizado y el abordaje de las barreras personales e institucionales para la adherencia y la prevención de partos no institucionales.



Anexos:

Consentimiento informado:

**UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIONES
COMITÉ DE ÉTICA E IMPACTO AMBIENTAL DE LA UNIVERSIDAD DE
PAMPLONA
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

En el marco de la ley y de la Constitución Nacional, yo

Como participante, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____ de _____, hago constar que, Angie Julieth Herrera Villamizar. Estudiante de la Facultad de Salud de la Universidad de Pamplona, en calidad de investigadores principales me informó sobre el objetivo principal de la investigación titulado: **“Barreras generadas en la atención de la gestante inmigrante en el control prenatal que conllevan a un parto no institucional, bajo la promoción de la salud de Nola pender, en un hospital de mediana complejidad de Pamplona, en el primer semestre del 2021”**

En el cual acepto participar voluntariamente, por lo tanto, he recibido la información de las actividades del proyecto de manera clara y precisa, las cuales son:

- Que los usos de los datos recopilados en el proyecto serán netamente con fines de investigación y académicos y nunca se revelará mi identidad y toda información será confidencial.
- Autorización del análisis y la obtención de datos de la historia clínicas realizadas en el control prenatal y urgencias por parte del personal de enfermería para uso netamente del proyecto investigativo.

Autorización en la participación de la investigación con las siguientes preguntas: ¿Fue importante el control prenatal durante la gestación? ¿Estaba interesada en asistir a los controles prenatales y en los cuidados durante la gestación?, ¿Estuvo satisfecha con la atención brindada en la atención prenatal o en el parto?, ¿Tuvo percepciones negativas con la atención prenatal y la atención al parto?, ¿Ha tenido o en su familia algún antecedente de parto en casa?, ¿Tuvo alguna barrera institucional en la atención del control prenatal o en la atención al parto?, ¿obtuvo el plan de manejo como (medicamentos, procedimiento, exámenes) en los controles prenatales?, ¿El trato por la enfermera que atendió los controles prenatales fue bueno? Con respuestas cerradas.

Así mismo, podré hacer todas las preguntas que considere necesarias, al teléfono: 3219640388 o angie.Herrera@unipamplona.edu.co

Firma del participante: _____

Fecha: _____



Bibliografía

1. Abalos E CMDVTOGA. Antenatal care for healthy pregnant women: a mapping of interventions from existing guidelines to inform the development of new WHO guidance on antenatal care. BJOG.. 2016; 123(4):(519-28.).
2. Kominiarek MA PA. Gestational weight gain.. Am J Obstet Gynecol. 2017; 6(642-51).
3. Villar J CGKNDPGGM. Patrones de CPN de rutina para embarazos de bajo riesgo. o. Cochrane Database of Systematic Reviews.. 2017.
4. Sánchez HR PGPPVF. Impacto del CPN en la morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015; 43(5):(377-380.).
5. Gaitán DES. Factores para un embarazo de riesgo; (Pregnancy risk factors). Revista Médica Sinergia.. 2019 septiembre; 4(9).
6. García-Balaguera C. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. rev.fac.med. Bogotá. 2017 Apr./June; vol.65 (2).
7. J. de la Torre1 CC. Control de gestación en inmigrantes. Anales Sis San Navarra. 2016; vol.29 supl.1 Pamplona.
8. lasalud Omd. Salud materna y perinatal. OMS. 2019.
9. Castillo Ávila Irma Yolanda FALM. Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia. Rev Cubana Enfermer. ene.-mar; 33(1).
10. ONU. Más de 800 mujeres mueren a diario durante el embarazo y el parto por causas prevenibles. Organizacion naciones unidas. 2019 Abril.
11. SZ M. Factores asociados a la asistencia al control prenatal en gestantes del municipio de Yopal Casanare, Colombia. Universidad del Rosario. 2015.
12. Vijil M. Estudio sobre barreras de demanda y oferta en Nicaragua, Iniciativa Salud Mesoamérica 2015. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). .
13. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo de vigilancia en salud pública: Mortalidad materna. 2016.
14. tiempo E. Las barreras en N. de Santander para un aborto legal o la maternidad. 2020 Septiembre .
15. Castro DCP. TENDENCIAS DE LA OPORTUNIDAD DE ACCESIBILIDAD EN EL CONTROL. Bogota. 2017.
16. Salud Md. Seguimiento estadístico N° 26. Migrantes Venezolanos en Colombia. Corte 31 de diciembre de 2018. 2019.
17. García-Balaguera1 C. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. Rev. Fac. Med.. 2017; 65(305-10).
18. Rodríguez LMHVyLMD. Barreras de acceso a controles prenatales en mujeres con morbilidad materna extrema en Antioquia, Colombia. Rev. Salud Pública. 2019; 21 (1):(



NECESIDAD RELACIONADOS CON EL USO ADECUADO DEL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES DE BAJO RIESGO AFILIADAS A LA EPS BARRIOS UNIDOS DEQUIBDO SECCIONAL CARIBE 2015-2017. UNIVERSIDAD DEL NORTE. 2018.

38. Social. MdSyP. Plan de Respuesta del Sector Salud al fenómeno migratorio. República de Colombia. 2017;(75).
39. Social. MdSyP. Circular 25 de 2017. Asunto: Fortalecimiento de acciones en salud pública para responder a la situación de migración de población proveniente de Venezuela. República de Colombia. 2017.
40. BERNAL AE. CALIDAD DEL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA PRENATAL EN LA E.S.E HOSPITAL CLARITA SANTOS DE SANDONÁ – NARIÑO DURANTE EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE 2009. UNIVERSIDAD CES. 2010.
41. Hernández AM VM. El cuidado de enfermería comprometido: Motor en la satisfacción de la gestante durante el control prenatal.. Rev Univ. salud.. 2015; 17(1):(80-96).
42. OPS. La Ruta Maternidad Segura. 2020.
43. Colmenares Z*M. Intervención de enfermería durante la clínica prenatal y conocimiento sobre riesgos fisiológicos de la adolescente embarazada. Enferm. glob.. 2010 feb;(18).
44. Migraciones Oipl. A propósito de la OIM. 2021.
45. Vásquez D. Factores relacionados con la falta de control prenatal en pacientes atendidas en el departamento de gineco-obstetricia del hospital isidro ayora-loja. Universidad de loja. (2015)..
46. Malagón dÍaz z.. Factores asociados a la asistencia al control prenatal en gestantes del municipio de Yopal Casanare, Colombia – 2011..universidad del rosario – universidad. 2015).
47. B. C. Factores condicionantes del parto domiciliario en Bogotá D.C.. Rev Salud Publica (Bogotá).. 2001; ; 3(2): (154-70).
48. Villegas CB. Factores Condicionantes del Parto Domiciliario en Bogota D.C. Rev. salud pública.. 2001; 3 (2): (154 -170,).
49. Rivera Mejía PT CBRMSJAGFVBJ. Factores de servicios de salud y satisfacción de usuarias asociados al acceso al control prenatal.. Hacia promoc. salud.. 2014; ; 19(1):(84-98).
50. MIRANDA CyCI. Factores de necesidad asociados al uso adecuado del control prenatal.. En: Revista Cuidarte. 2016 Abril; 7(1345-1351).
51. Hernández AM VM. El cuidado de enfermería comprometido: Motor en la satisfacción de la gestante durante el control prenatal.. Rev Univ. salud.. 2015; 17(1):(80-96).
52. Martínez JAT. ¿Cuál es la actitud de las mujeres gestantes ante el parto? Revista Matronas. 2017 SEPTIEMBRE ; 5(2).
53. Ávila IYC. FACTORES DE NECESIDAD ASOCIADOS AL USO ADECUADO DEL CONTROL PRENATAL. Rev Cuid Bucaramanga. 2016 July/Dec. ; 7(2).
54. Martha Raile Alligood AMT. Modelos y teorías de Enfermería; Séptima edición. El Sevier. 2011.



55. Moya-Plata D GSIMMM. Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil. *Rev Cuid. Â.* 2010; ; 1(1): (44-52.).
56. Kuerten P DPLDGPFL. El cuidado y la enfermería. *Av. enferm.* 2016; 27(1):(102-109).
57. Actitudes de la enfermera que generan calidad de cuidado. *Memorias Facultad de Enfermería, GrupoCuidado. Universidad Nacional* 1997. .
58. colombi cpd. Artículo 49 y 25; constitucion politica de colombia 1991. 1991. .
59. 2018 R3d. Ruta de atencion integral de atencion en salud materno perinatal; ley estatutaria. 2018.
60. 2018 R3. Ruta de atencion integral de salud en la gestante. 2018.
61. Comisión Económica para América Latina (CEPAL). “Migración Internacional”.. Observatorio Demográfico. 2016.
62. D. G. Migración Interna. ONU. 2018.
63. J. A. Migración y crisis: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *AVANCES.* 2018.
64. CRISTINA GCD. EMBARAZO Y MIGRACIÓN: PERCEPCIÓN DE MUJERES GESTANTES VENEZOLANAS SOBRE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD, RED-SALUD ARMENIA-COLOMBIA. *UNIVERSITARIA DEL ÀREA ANDINA.* 2019.
65. Salud. C. Definición de paciente.. 2017.
66. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo. 2018.
67. Ordóñez JT, Arcos HER. Desorden nacional: la construcción de la migración venezolana como una amenaza de salud y seguridad pública en Colombia. *Revista Ciencias de la Salud.* 2019; 17.
68. social MdSyP. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS). 2021. .
69. Torre RNODI. Factores culturales, personales, institucionales y médicos asociados al abandono al control prenatal en centros y puestos de salud - San Juan de Lurigancho -. *UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS.* 2017.
70. Chavarria J. No cumplimiento a citas en atención prenatal de las embarazadas. *Centros de salud Francisco Buitrago y Ticuantepe. Managua. Universidad Nacional Autonoma de nicaragua.* 2016.
71. Camarena P. Asociación entre los factores de abandono al Control Prenatal en gestantes atendidas en el Hospital Marino Molina. - *Essalud -.* 2011.
72. M1 CT, G AB. Factores Asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria. Callao, Perú. *Rev. perú. med. exp. salud publica.* 2005 abril/jun; 22(2).
73. OMS , social Mdsyp. PROPUESTA DE OPERACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA CON BASE COMUNITARIA PARA COLOMBIA. 2020. .
74. Solano AMC. FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO, CLÍNICO Y PUERPERIO EN EL EMBARAZO. *Universidad Cooperativa De Colombia.* 2019.
75. *Enfermería; Organización Mundial de la salud.* 2020. .
76. M. C. La enfermería y la investigación.. *Revista medica clínica CONDES.* ;(301-310).
77. Antonio BZE. Factores modificantes de la salud según el modelo de Nola y pender que



influyen en una amenaza de parto prematuro en las gestantes adolescentes que asiste al puesto de salud. 2016.

78. Embarazo; Organizacion Mundial de la Salud. OMS. 2021.
79. Embarazo: FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA–UNICEF. 2020. .
80. C. P. Maternidad: historia y culturaL. a Ventana. 2009.
81. Cáceres-Manrique FdM. Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos. AQUICHAN. 2018. ; 14(3): (316-326.).
82. Carvalheira APP TVPC. Sentimientos y percepciones de mujeres en el ciclo embarazo-puerperio que sobrevivieron a una morbosidad materna grave.. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018.
83. Ana María Hernández-Betancur1 MLVT. El cuidado de Enfermería comprometido: Motor en la satisfacción de la gestante durante el control prenatal. Rev Univ. salud.. 2015; 17(1):(80-96).
84. Centro Latinoamericano de perinatología y desarrollo humano. Atención prenatal y del parto de bajo riesgo;Montevideo Uruguay. CLAP-OPS/OMS; Publicación científica. N° 1321.01. 2016.
85. Edad. Oxford, Lexico. 2019.
86. Estadística IVd. Estado civil legal. 2020.
87. social Mdsyp. Niveles de la educación básica y media. 2017 febrero.
88. DANE. Estratificación socioeconómica para servicios públicos domiciliarios. 2021.
89. social Mdsyp. Control prenatal; resolucio 3280 del 2018. 2018.
90. Moldenhauer JS. Infecciones uterinas posparto (después del parto, puerperales). MD, Children's Hospital of Philadelphia. 2020.
91. colombia Id. Mortalidad Perinatal y Neonatal y Morbilidad Materna Extrema Neonatal. Boletín informativo semanal. 2020.
92. Pereira MLN. MOTIVACIÓN: PERSPECTIVAS TEÓRICAS Y ALGUNAS CONSIDERACIONES DE SU IMPORTANCIA EN EL ÁMBITO EDUCATIVO. Universidad de Costa Rica. 2009.
93. Mayorga-Mogollón LE. Satisfacción de usuarias del control prenatal en Montería. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud. 2019 Bucaramanga Jul/Sept. ; 51(3).
94. PLATA AJM. FACTORES ECONÓMICOS, SOCIOCULTURALES Y GEOGRÁFICOS QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL CONTROL PRENATAL EN LA GESTANTE DE UN CENTRO DE SALUD DE BUCARAMANGA EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2018. UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA. 2018.
95. Sánchez-Redondoa MD. Parto domiciliario: un fenómeno creciente con potenciales riesgos. 2020; 93(4).
96. Hernández JMR. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana. Ciencie. 2015.



Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750 - www.unipamplona.edu.co

DQS is member of:



*Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz*



Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750 - www.unipamplona.edu.co

DGS is member of:



*Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz*