

TÍTULO:

Factores de riesgo asociados a la salud de las embarazadas migrantes venezolanas y su desenlace perinatal; en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo de Cartagena-Colombia entre 01 de junio a 30 de septiembre de 2018.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|-----------|
| RESUMEN | 7 |
| 1. INTRODUCCIÓN | 8 |
| 2. EL PROBLEMA | 11 |
| 2.1 Formulación Del Problema..... | 11 |
| 2.2 Planteamiento Del Problema..... | 11 |
| 2.3 Delimitación Del Problema..... | 13 |
| 3. OBJETIVOS | 15 |
| 3.1 Objetivo General | 15 |
| 3.2 Objetivos Específicos..... | 15 |
| 4. JUSTIFICACION | 17 |
| 5. REVISIÓN LITERARIA | 19 |
| 5.1 Antecedentes..... | 19 |
| 5.2 Consideraciones éticas..... | 23 |
| 5.3 Marco Legal..... | 25 |
| 5.4 Marco Teórico..... | 30 |
| 5.5 Marco Conceptual..... | 39 |
| 5.6 Sistema De Variables..... | 42 |
| 6. METODOLOGIA | 47 |
| 6.1 Tipo De Investigación..... | 47 |
| 6.2 Población Y Muestra..... | 47 |
| 6.3 Tiempo y Lugar..... | 48 |

| | |
|--|-----------|
| 6.4 Técnicas De Recolección De Información..... | 48 |
| 6.5 Técnicas De Análisis De Resultados..... | 48 |
| 7. RESULTADOS..... | 50 |
| 7.1 Datos De Filiación..... | 50 |
| 7.2 Antecedentes Personales..... | 51 |
| 7.3 Antecedentes familiares..... | 54 |
| 7.4 Pruebas De Laboratorio E Imagenológicas..... | 54 |
| 7.5 Complicaciones Maternas..... | 57 |
| 7.6 Desenlace Perinatal. | 60 |
| 8. DISCUSIÓN..... | 65 |
| 9. CONCLUSIÓN..... | 70 |
| 10. BIBLIOGRAFÍA..... | 74 |
| 11. ANEXOS..... | 81 |
| 11.1 Presupuesto..... | 81 |
| 11.2 Cronograma..... | 82 |

LISTA DE TABLAS

| | |
|----------------------------------|-----------|
| TABLA DE VARIABLES..... | 42 |
| TABLA DE PRESUPUESTO..... | 81 |
| TABLA DEL CRONOGRAMA..... | 82 |

LISTA DE GRÁFICAS

| | |
|--|-----------|
| 1.1 EDAD EN AÑOS..... | 50 |
| 1.2 ASEGURADORA..... | 50 |
| 1.3 TIPO SANGUINEO ABO Y RH..... | 51 |
| | |
| 2.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETES MELLITUS, ALERGIAS, ASMA Y OBESIDAD..... | 51 |
| 2.2 CIRUGIAS, TRAUMAS Y TRANSFUSIONES..... | 52 |
| 2.3 INMUNOLOGICOS..... | 52 |
| 2.4 FICHA GINECOBSTETRICA..... | 53 |
| 2.5 CONTROL PRENATAL..... | 53 |
| | |
| 3.1 FAMILIARES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETES MELLITUS Y ASMA..... | 54 |
| | |
| 4.1 TOXOPLASMA Y RUBEOLA..... | 54 |
| 4.2 VIH Y VDRL..... | 55 |
| 4.3 PARCIAL DE ORINA, UROCULTIVO, BUM Y CREATININA..... | 55 |
| 4.4 FROTIS VAGINAL, CULTIVO RECTO-VAGINAL Y ECOGRAFIA DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA..... | 56 |
| 4.5 ANTIGENO DE SUPERFICIE PARA HEPATITIS B Y GLICEMIA..... | 56 |
| 4.6 ECOGRAFIAS..... | 57 |

| | |
|--|------------|
| 5.1 COMPLICACIONES ANTE-PARTO PARTE 1..... | 57 |
| 5.2 COMPLICACIONES ANTE-PARTO PARTE 2..... | 58 |
| 5.3 COMPLICACIONES ANTE-PARTO PARTE 3..... | 58 |
| 5.4 COMPLICACIONES INTRA-PARTO..... | 59 |
| 5.5 COMPLICACIONES POST-PARTO PARTE 1..... | 59 |
| 5.6 COMPLICACIONES POST-PARTO PARTE 2..... | 60 |
| | |
| 6.1 RCIU..... | 60 |
| 6.2 APGAR A LOS 5 MINUTOS..... | 61 |
| 6.3 EDAD GESTACIONAL Y PESO AL NACER..... | 61 |
| 6.4 RIESGO NEUROLOGICO, METABOLICO Y OTRO..... | 62 |
| 6.5 RIESGO DE SEPSI..... | 62 |
| 6.6 RIESGO DE FALLA VENTILATORIA Y SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA..... | 63 |
| 6.7 ÓBITO FETAL Y RIESGO DE INCOMPATIBILIDAD RH..... | 63 |
| 6.8 PIE EQUINO VARO, POLIDACTILIA Y SIFILIS GESTACIONAL... | 64. |

RESUMEN

La presente investigación, depende determinar los Factores de riesgo asociados a la salud de las embarazadas migrantes venezolanas y su desenlace perinatal; en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo en Cartagena-Colombia durante el periodo de 01 de junio a 30 de septiembre de 2018. Esto debido a que al número de inmigrantes venezolanos ha aumentado a cifras exacerbantes; se calcula que hay 1.032.016 venezolanos en Colombia, donde 454.884 son mujeres, las cuales 77.422 son niñas menores de 17 años más 181.350 que correspondían a mujeres de 18 a 29 años de edad.

En este sentido pretendemos determinar cuántas mujeres venezolanas han ingresado al servicio de salud de la Clínica Maternidad Rafael Calvo para observar si se le están brindando la atención necesaria para ellas y su neonato. Por ende, se logró comprobar que sí existen varios factores de riesgo relacionados a la falta de controles prenatales, que llegan a comprometer la salud y bienestar materno-fetal.

PALABRAS CLAVES: Control prenatal, factores de riesgo, embarazo, migrante,

migración, venezolana, desenlace perinatal, neonato, parto, Dadis, Dasalud.

ABSTRACT

The present investigation depends on determining the risk factors associated with the health of pregnant Venezuelan migrants and their perinatal outcome; at the Rafael Calvo Maternity Clinic in Cartagena-Colombia during the period from June 1 to September 30, 2018. This is because the number of Venezuelan immigrants has increased to exacerbating numbers; there are an estimated of 1,032,016 Venezuelan in Colombia, where 454,884 are women, of which 77,422 are girls under the age of 17 plus 181,350 that correspond to women from 18 to 29 years of age.

Therefore, we intend to determine how many Venezuelan women have entered to the health service of the Rafael Calvo Maternity Clinic and to see if they are providing the necessary care for them and their newborn. As a result, it was found that there are several risk factors related to the lack of prenatal check-ups, which compromise maternal-fetal health and well-being.

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la crisis migratoria venezolana afecta al país; en especial la ciudad Heroica de Cartagena de Indias, D. T. y C. En los últimos años, ha generado un gran impacto no sólo a la economía sino al sistema de seguridad y protección social.

En Colombia, el número de venezolanos radicados se ha incrementado en los últimos tres años, registrándose un millón treinta y dos mil dieciséis venezolanos (1.032.016) (Migración Colombia 2018). De esta cifra, cuatrocientas cincuenta y cuatro mil ochocientos ochenta y cuatro (454.884) son mujeres, de las cuales setenta y siete mil cuatrocientas veintidós (77.422) son niñas menores de 17 años y ciento ochenta y un mil trecientas cincuenta (181.350) corresponde a mujeres entre los 18 a 29 años de edad, es decir, aproximadamente 57% de mujeres venezolanas en edad fértil. Por su parte, Bolívar es el onceavo departamento que abarca una importante cantidad de venezolanos con alrededor de 3.07% del total de la población de inmigrantes, del cual no se distingue el género.

Por ende, el sistema sanitario en Colombia se ha afectado considerablemente debido a que según el (Art. 43) de la constitución política del país, es de suma importancia atender a cada una de las mujeres que se encuentren en estado de embarazo; aumentando los costos al sistema, según el tipo y la cantidad de atención que requieran. Teniendo en cuenta, que el número de niños nacidos

en Colombia de madres venezolanas ha ido aumentando estos últimos años, obligando al Estado a brindar la atención a las gestantes venezolanas y garantizar la protección de estos infantes.

Uno de los beneficios, que el Estado colombiano brinda a las mujeres embarazadas venezolanas es el control prenatal. Que es una medida implementada a nivel mundial por la OMS, para disminuir las complicaciones materno-perinatales en las mujeres gestantes. Además, se ha demostrado que esta población de migrantes tiene más factores de riesgo que precipitan a estados patológicos como, trastornos hipertensivos en el embarazo, diabetes gestacional, hemoglobinopatías, infecciones, mayor vulnerabilidad a trastornos psiquiátricos, etc. que a su vez pueden llegar a ocasionar complicaciones materno-fetales en cualquier momento de la gestación, como está descrito en la literatura internacional y se aborda en esta investigación.

Es pertinente que se determine el estado de salud de estas maternas para que se realice una intervención de manera oportuna con el fin de detectar tempranamente las alteraciones en este grupo poblacional y aún más en la ciudad de Cartagena en la que se desconoce estadísticamente los factores de riesgo y el desenlace materno-perinatal.

En esta investigación, se detectaron hallazgos significativos que ponen de manifiesto una variedad de factores de riesgo asociados entre sí que hacen preocupante la situación de estas maternas, como el pobre control prenatal, la edad en años en los extremos de la vida, que representa per-sé un factor de riesgo para complicaciones de parto pretérmino, cesaría,

preclamsia, eclampsia y en edades tardías defectos congénitos y parto prolongado (Kanopa V, 2014) que representó en nuestro estudio un total 10,8%.

En nuestro estudio, también se logró determinar el número de pruebas de laboratorio u ecografías que se realizó la materna y si estos hallazgos se reflejaron en complicaciones maternas en el ante-parto, intra-parto y post-parto. Así como, el desenlace perinatal, cuya complicación más severa fue el óbito fetal en el 2,5% de los casos.

En síntesis, esta investigación pretende identificar las condiciones de salud que se encuentran las embarazadas migrantes venezolanas y cuáles son los factores de riesgo, a los que están expuestas. Realizando la indagación mediante la revisión de las historias clínicas y sus anexos, con una muestra de 120 pacientes en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo en Cartagena, Bolívar, Colombia.

2. EL PROBLEMA

2.1 PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la salud de las embarazadas migrantes venezolanas y su desenlace perinatal en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo de Cartagena-Colombia entre 01 de junio a 30 de septiembre de 2018?

2.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Según la Organización Internacional para las Migraciones se define la inmigración como: *“el movimiento de una persona o grupo de personas de una unidad geográfica hacia otra a través de una frontera administrativa o política, con la intención de establecerse de manera indefinida o temporal en un lugar distinto a su lugar de origen”*¹. Las causas de esta pueden ser, oportunidades de trabajo, mejora en las condiciones socioeconómicas, continuidad de estudios, violación a los derechos humanos, desastres naturales y guerras.

En Colombia históricamente se ha vivido un flujo de migración continuo con Venezuela que en los últimos años se ha incrementado notablemente. El director general de migraciones en Colombia manifiesta que esto se debe a la cercanía de los dos países: *“pues al ser países vecinos el movimiento de personas entre las dos naciones ha sido permanente. Debemos recordar, que décadas atrás, éramos nosotros, los colombianos, quienes viajábamos a buscar oportunidades al*

vecino país”¹. Sin embargo, con el reciente conflicto socioeconómico en Venezuela, son estos los que buscan nuevas oportunidades en Colombia. De hecho, según el Ministerio de Relaciones Exteriores, en el 2016 la cifra de ingreso de personas venezolanas a Colombia presentó una tendencia ascendente, con una variación anual del 12%, siendo el 50,5% de los registros corresponden al ingreso a la nación. Donde el 13,7% de los registros se encuentran asentados en la ciudad de Cartagena de Indias, del cual el 45% son mujeres en edad fértil.

En consecuencia a lo anterior, el sistema sanitario en Colombia se ha visto afectado significativamente debido a que tal como está tipificado en el art 43 de la Constitución Política de Colombia, se debe atender a cada una de las mujeres que se encuentren en territorio nacional y están en gestación o quedan en estado de embarazo durante su estancia. La atención debe ser correcta y eficaz, donde no exista ningún daño para ellas y sus neonatos. Esta obligación aumenta los costos para el sistema según el tipo y la cantidad de atención que ellas y sus hijos requieran. Además, el estado debe garantizar todos y cada uno de los derechos fundamentales (Educación, igualdad de oportunidades, aceptación social, etc.), lo que lleva a preguntarse si en verdad todo se cumple como lo dice la norma.

Por lo anterior y debido a la complejidad del fenómeno de las mujeres migrantes que llegan al territorio nacional y más específicamente a las ciudades del Caribe colombiano, como Cartagena, este proyecto (realizado en la clínica Maternidad Rafael Calvo) busca definir y conocer los distintos factores de riesgos que sufren las embarazadas como migrantes, como mujeres y como gestantes debido a las diferentes condiciones y oportunidades que se les brinda en nuestro país. Además es importante conocer el número de niños nacidos en Colombia de madres venezolanas

y brindarle la atención necesaria y suficiente que garantice la protección de sus derechos fundamentales.

2.3 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El problema se enmarca teniendo como referencia las mujeres migrantes de nacionalidad venezolana en estado de embarazo, atendidas en la Clínica Maternidad Rafael Calvo, y posteriormente se incluyen sus resultados perinatales. En este sentido, un estudio retrospectivo entre el 01 junio a 30 de septiembre de 2018, tendrá en cuenta la edad gestacional en la que ingreso la paciente, los servicios sanitarios a los que tuvo acceso, el número de controles prenatales que se haya realizado, su estado de salud física, su seguimiento, evolución y desenlace para poder identificar cuáles son los riesgos de salud específicos a los que se encuentran expuestas estas madres y sus neonatos, de acuerdo a los datos consignados en la historia clínica y anexos.

Criterios de inclusión:

- a. Mujeres venezolanas que tengan como lugar de residencia la ciudad de Cartagena de Indias y los corregimientos de: Bayunca, Pasacaballos, Tierra Bomba, Barú, Boca Chica, Caño de Loro, Islas Del Rosario, Islotes de San Bernardo, Leticia, Santa Ana, La Boquilla, Punta Canoa, Pontezuela, Arroyo de Pierda, Arroyo Grande, Isla Fuerte, Isla Palma, Isla Panda, Sector Membrillar, Sector Variante, Cordialidad.
- b. Mujeres venezolanas con parto en la Clínica Maternidad Rafael Calvo, durante el periodo de 01 de junio a 30 de septiembre de 2018.

- c. Neonatos productos de madres en posparto inmediato y mediano que correspondan al criterio de inclusión.

Criterios de exclusión:

- a. Embarazadas migrantes venezolanas con parto fuera de 01 de Junio a 30 de septiembre de 2018 en la Clínica Maternidad Rafael Calvo.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Identificar los factores de riesgo a la salud de las embarazadas migrantes venezolanas y su desenlace perinatal, que ingresan a la Clínica de Maternidad Rafael Calvo, en el periodo de 01 de junio a 30 de septiembre de 2018, en la ciudad de Cartagena de Indias.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la edad gestacional en la que ingresa a control prenatal en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo, Cartagena de Indias-Colombia.
- Establecer el número de controles prenatales de las migrantes venezolanas embarazadas en la Clínica Maternidad Rafael Calvo, Cartagena de Indias-Colombia.
- Caracterizar el estado de salud física de la embarazada, teniendo como referencia los ítems de la historia clínica [anamnesis (datos de filiación, antecedentes personales, antecedentes familiares, motivo de consulta, enfermedad actual, revisión por sistemas), examen físico (signos vitales, inspección, palpación, percusión, auscultación), paraclínicos (pruebas de laboratorio, imagenologías, exámenes invasivos), Impresiones diagnósticas y análisis] de la Clínica Maternidad Rafael Calvo.
- Determinar la edad gestacional en la que se presentaron las gestantes al momento del parto y la vía de terminación de este.

- Registrar los factores de riesgo a los que estuvo expuesta la gestante y el desenlace materno-perinatal.

4. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad colombiana, con la crisis venezolana se hace fundamental dirigir la atención a la migración constante que afecta al nororiente del país y principalmente las ciudades con apogeo económico como Cartagena de Indias. Sin duda el fenómeno migratorio venezolano de los últimos años, supone un gran impacto no sólo a la economía sino al sistema de seguridad y protección social. En Colombia, el número de venezolanos radicados se ha incrementado en los últimos tres años, registrándose un millón treinta y dos mil dieciséis venezolanos (1.032.016) según el último reporte de migración Colombia a corte del 30 de septiembre, de esta cifra, cuatrocientas cincuenta y cuatro mil ochocientos ochenta y cuatro (454.884) son mujeres, de las cuales setenta y siete mil cuatrocientas veintidós (77.422) son niñas menores de 17 años y ciento ochenta y un mil trecientas cincuenta (181.350) corresponde a mujeres entre los 18 a 29 años de edad, es decir, aproximadamente 57% de mujeres venezolanas en edad fértil. Por su parte, bolívar es el onceavo departamento que abarca una importante cantidad de venezolanos con alrededor de 3.07% del total de la población de inmigrantes, del cual se desconoce con certeza la distinción de géneros.

Es por ello que el presente trabajo de investigación titulado: *“Factores de riesgo a la salud de las embarazadas migrantes venezolanas y su desenlace perinatal; en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo de Cartagena-Colombia entre 01 de junio a 30 de septiembre de 2018”*, pretende identificar el impacto al sistema sanitario, para lo cual es necesario conocer la tasa de natalidad y ubicación geográfica de las maternas y en ese sentido la salud general de ellas, registrado en el control prenatal.

En consecuencia, este trabajo se justifica, además porque basados en estos datos, se pueden conocer los factores de riesgo para prevenir la morbi-mortalidad materno fetal de futuros casos que más adelante eviten mayor costo al sistema y tener una panorámica para definir el perfil epidemiológico al que se está enfrentando con la migración (aparición de casos de sarampión importado, aumento de VIH, sífilis, etc.), permitiendo también que se capacite mejor al personal de salud para definir medidas de acción o correctivas. Por todo lo anterior, este trabajo de investigación servirá como documento de consulta a las autoridades sanitarias locales debido a que este les permite estar al tanto del estado de salud de las maternas y así saber cómo se deben preparar con recursos materiales y humanos que se precisan a corto y largo plazo. De igual manera, permite la proyección del programa de vacunación y las visitas pediátricas.

5. REVISIÓN LITERARIA

5.1 ANTECEDENTES

- **Plan de Atención Inicial Integral de Salud de Migrantes Internacionales.**

Báltica Cabieses. Margarita Bernaldes. Macarena Chepo. Dra. María Teresa. Paz Bersano, Dirección de Atención Primaria de Salud. Ilustre Municipalidad de Santiago 2017.

“La migración internacional en Chile ha aumentado en los últimos años, llegando al 2,7% de la población total en el año 2014. Inmigrantes en Chile auto-reportan, en promedio, mejores resultados de salud que la población local, posiblemente por un proceso de selección natural y por la edad de quienes migran. No obstante, el efecto del “migrante sano” desaparece en grupos con nivel socioeconómico bajo y en quienes han residido por más de 10 años en Chile.”¹.

- **Servicios de Salud e Inmigración en Andalucía (España): una mirada desde dentro.**

Teresa Belmonte García. Juan Carlos Checa Olmos. Ángeles Arjona Garrido. Proyecto de investigación ODISEO. Dirección General de Políticas Migratorias de la Consejería de Empleo de la Junta de Andalucía 2012.

“El objetivo de este artículo es conocer la visión, tanto de los usuarios como de los profesionales, sobre determinados aspectos de la gestión del Sistema Nacional Español de Salud (SNS), especialmente, en la atención a la diversidad. Para ello, se analiza el modelo de acceso al sistema, los recursos empleados en la atención y la demanda sanitaria que realizan los inmigrantes asentados en Andalucía (España). Los datos se han obtenido a partir de la realización

de 15 entrevistas semiestructuradas a inmigrantes y otras 7 a profesionales del sistema andaluz de salud. Los resultados muestran, primero, que a pesar de que los inmigrantes tienen un acceso universal a la atención sanitaria, deben sortear una serie de barreras administrativas, lingüísticas y culturales que impiden un uso totalmente satisfactorio”².

- **Control de gestación en inmigrantes**

J. de la Torre. C. Coll. M. Coloma. J. I. Martín. E. Padron. N. L. González González.

“En España la población inmigrante representa hoy en día, aproximadamente el 8% de su población total. La población inmigrada se caracteriza por ser joven, sana, y con capacidad de adaptación a los cambios, pero sus condiciones sociales, económicas y laborales, con frecuencia son precarias y favorecen la vulnerabilidad a la enfermedad. El objetivo de este capítulo es analizar los factores que dificultan el control de la gestación en la población inmigrante, así como establecer pautas de actuación en la consulta de control de gestación, insistiendo en la educación sanitaria y la prevención durante el embarazo, considerando la aparición de enfermedades poco comunes, relacionadas con algunos de estos colectivos”³.

- **Embarazo y parto en madres inmigrantes en Santiago, Chile**

Rodrigo Vásquez y Carlos castillo; hospital san Borja-Arriaran en Santiago de Chile; 2008 – 2009.

“Se seleccionaron mujeres inmigrantes y se compararon con mujeres nacionales, el resultado fue publicado en el 2012 en la revista chilena de pediatría bajo el nombre dejando en evidencia que los hijos de las madres inmigrantes tienen más riesgo de bajo peso al nacer”⁴.

- **Acceso a los servicios públicos de salud por parte de mujeres migrantes durante el embarazo y puerperio. La experiencia del personal de un centro de salud en la zona sur de la Ciudad de Buenos.**

Doctora Piernini Clara; Instituto de ciencias antropológicas la para la VII Jornada Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social; 2013.

“Se evidencio las prácticas y actitudes respecto a los controles preconcepcionales, prenatales y puerperales en 9 mujeres y los resultados obtenidos podría decirse que son desalentadores, las mujeres por medio de entrevistas expresaron que no se sienten cómodas con la atención que se les brinda y aunque el sistema de salud es “accesible” para estas mujeres prefieren no asistir”⁵.

- **La salud de la mujer inmigrante durante el embarazo. Experiencias, sensaciones y diferencias.**

Silvia Tenreiro; tesis de grado por en la universidad de Coruña.

“En esta, por medio de entrevistas se realizaron una serie de propuestas de intervención para mejorar la atención sanitaria y los cuidados que se ofrecen a este colectivo poblacional, se incluye este trabajo con el fin de usarlo como guía para la elaboración de una estrategia que nos permita mejorar de alguna forma las condiciones de las mujeres y los niños”⁶.

- **Las mujeres inmigrantes y su respuesta psicológica en el puerperio inmediato. Diferencias obstétricas y sociodemográficas.**

Doctora Francisca Pérez; en la universidad de granada (España) en el 2011.

“El desarrollo una investigación que permitió analizar las variables socioeconómicas, obstétricas y perinatológicas y su relación con el estado de estrés psicológico en mujeres inmigrantes en

España vs las mujeres nativas del país, los resultados demostraron que en el factor obstétrico estaban igualados, pero existen grandes diferencias en el nivel cultural, económico y los controles del embarazo llevando a mayores alteraciones psicológicas en las inmigrantes”⁷.

- **Factores asociados al cumplimiento del protocolo de embarazo en inmigrantes africanas y su repercusión en la morbilidad neonatal en Cantabria.**

María paz Zulueta, 2007-2010.

“Tesis doctoral mediante un estudio de cohortes retrospectivo, en el cual, concluyo que falta de control prenatal se asocia a un mayor riesgo de morbilidad fetal en ambos colectivos (madres migrantes vs nativas españolas) siendo mayor en las inmigrantes por incumplimiento del control prenatal⁸.

- **Barreras de acceso de la población inmigrante a los servicios de salud en Catalunya.**

Andrea Burón Pust Universidad Autónoma de Barcelona, España 2012.

“Desarrollo un estudio cualitativo en las ciudades de Barcelona, Lleida, Girona y BaixEmpordà en el cual concluyo que el acceso de los inmigrantes a los servicios de salud en Catalunya se considera fácil. Sin embargo, éste se ve dificultado por diferentes elementos relativos a los servicios sanitarios y potenciados por algunas características de los inmigrantes”⁹.

5.2 CONSIDERACIONES ETICAS

La historia clínica como documento médico-legal (resolución 1995 de 1999), adquiere su máxima dimensión en el ámbito jurídico, ya que este documento refleja no sólo el acto médico, sino también el cumplimiento del personal sanitario: el deber de asistencia, deber de informar, etc., convirtiéndose en la prueba documental que evalúa el nivel de la calidad asistencial en circunstancias de responsabilidad a los profesionales sanitarios y/o a las instituciones prestadoras del servicio de salud. Lo anterior, indica la gran importancia de la historia clínica desde varios puntos de vista: asistencial, ético, médico legal. Qué a su vez tiene como aspecto clave la confidencialidad de la relación entre profesionales sanitarios y pacientes, consagrados en la Ley 23 de 1981, la cual expresa en su artículo I disposición IV: “[...] La relación médico-paciente es elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico [...]”. Todos los aspectos que rodean y afectan a la historia clínica no pueden ser obviados por el profesional sanitario.

No obstante, aunque el objetivo primordial de este documento es asistencial, no se deben obviar otros aspectos; como lo es la docencia e investigación: a partir del cual se pueden realizar estudios e investigaciones científicas, que en su gran mayoría tendrá un beneficio social. Sin embargo, el personal debe regirse por lo contemplado en las normas de ética médica, artículo I disposición IV: “[...] el médico se ajustará a los principios metodológicos y éticos que salvaguardan los intereses de la ciencia y los derechos de la persona, protegiéndola del sufrimiento y manteniendo incólume su integridad [...]”.

Por tanto, para efectos de este trabajo de investigación, se manejará con total confidencialidad los datos de las historias clínicas proporcionados por la institución Clínica de Maternidad Rafael

Calvo, utilizando los aspectos relevantes ajustados a la investigación, es decir, sin utilizar datos de identificaciones que puedan afectar a la privacidad de los pacientes que se incluirán en el estudio.

5.3 MARCO LEGAL

SALUD:

- **ARTÍCULO 49°.** “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. (...)”.
- **LEY 1751 DE 2015.** “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.
 - **ARTÍCULO 1°.** **Objeto.** “La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección”.
 - **ARTÍCULO 2°.** **Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud.** “El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como

servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado”.

- **ARTÍCULO 3°._ Ámbito de aplicación.**“La presente ley se aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud”.
- **ARTÍCULO 4°._ Definición de Sistema de Salud.**“Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud”.
- **ARTÍCULO 11°._ Sujetos de especial protección.** “La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención.

En el caso de las mujeres en estado de embarazo, se adoptarán medidas para garantizar el acceso a los servicios de salud que requieren durante el embarazo y con posterioridad al mismo y para garantizar que puedan ejercer sus derechos fundamentales en el marco del acceso a servicios de salud”.

- **LEY 100 DE 1993.**_“Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”.
 - **ARTÍCULO 168°.**_ **ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS.** “La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía en los casos previstos en el artículo anterior, o por la Entidad Promotora de Salud al cual esté afiliado, en cualquier otro evento”.

- **LEY 715 DE 2001.**_
 - **ARTÍCULO 67°.**_ **Atención de urgencias.**“La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas. Para el pago de servicios prestados su prestación no requiere contrato ni orden previa y el reconocimiento del costo de estos servicios se efectuará mediante resolución motivada en caso de ser un ente público el pagador. La atención de urgencias en estas condiciones no constituye hecho cumplido para efectos presupuestales y deberá cancelarse máximo en los tres (3) meses siguientes a la radicación de la factura de cobro”.

MIGRACIÓN:

- **DECRETO 0834 DE 2013:** “Por el cual se establecen disposiciones en materia migratoria de la República de Colombia”.

- **ARTÍCULO 1°._ Disposiciones Migratorias.** “Establézcanse las disposiciones generales sobre migración para la República de Colombia”.
- **ARTÍCULO 2°.- Competencia.** “El Estado autorizar el ingreso, permanencia y salida de extranjeros del territorio nacional. Sin perjuicio de lo dispuesto en los tratados internacionales, el ingreso, permanencia y salida de los extranjeros del territorio nacional”.
- **ARTÍCULO 3°._ Control.** “La Unidad Administrativa Especial Migración Colombia ejercerá la vigilancia y control migratorio de nacionales y extranjeros en el territorio nacional”.
- **ARTÍCULO 17°._ Del Ingreso.** “La persona que desee ingresar al territorio nacional deberá presentarse ante la autoridad migratoria con su pasaporte vigente, documento de viaje o de identidad válido, según el caso, y con la visa correspondiente cuando sea exigible”.
- **ARTÍCULO 20°._ De los Permisos.** “La Unidad Administrativa Especial Migración Colombia podrá otorgar Permiso de Ingreso y Permanencia, así como Permiso Temporal de Permanencia a los visitantes extranjeros que ingresen al territorio nacional sin ánimo de establecerse en el país y que no requieran visa”.
- **ARTÍCULO 21.- Permiso de Ingreso y Permanencia.** “La Unidad Administrativa Especial Migración Colombia podrá otorgar Permiso de Ingreso y Permanencia”.
- **ARTÍCULO 48°._ De los Servicios de Salud.** “Los servicios de urgencias y hospitalización en las instituciones prestadoras de servicios de salud, se llevará un

registro con numeración continua de los extranjeros que ingresen como pacientes”.

5.4 MARCO TEORICO

En el proceso salud intervienen diversos factores que deben mantener un equilibrio entre sí para que el individuo goce de una calidad de vida. Sin embargo, este proceso puede ser interrumpido por fenómenos tales como la migración que involucra elementos biológicos, sociales, económicos, culturales, políticos (Carballo y Nerukar, 2001; Uretsky y Mathiesen, 2007), y otros determinantes que, al trascender el proceso adaptativo favorece la vulnerabilidad a la enfermedad.

Uno de los aspectos más relevantes de esta relación es la morbimortalidad materna y el desenlace perinatal; como bien confirma la Organización Mundial de la Salud, diariamente mueren 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, del cual 99% suceden en países en vía de desarrollo (Organización Mundial de la Salud, 2018). Así mismo, según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) en América Latina la tasa de morbilidad es del 5,7% versus el 0,8% en Europa, y un máximo de 1,4% en América del norte (países de altos ingresos)¹⁰.

También, la OMS señala que la mayoría de las complicaciones se dan antes de la gestación, pero se agravan en su gran mayoría durante esta; y el 75% de las muertes maternas se relacionan con: las hemorragias, infecciones, hipertensión arterial (preeclampsia y eclampsia), complicaciones en el parto y práctica de abortos.

Por tanto, es imprescindible identificar los factores de riesgo a los que están expuestas las inmigrantes; evaluando su estado de salud de manera oportuna, para evitar más recargos económicos al sistema de salud y subsecuente detrimento de este y mejorar sustancialmente las tasas de morbimortalidad materna y perinatales. Pues bien, al comparar mujeres inmigrantes de bajo riesgo frente a las autóctonas se evidencia un riesgo de cesárea de emergencia y de hemorragia postparto significativamente mayor en éstas primeras¹¹ y si a ello se le agrega el antecedente de refugiados aumenta la probabilidad de preeclampsia prematura y muy prematura (<37 semanas: 1.18 [1.02-1.36], y <34 semanas: 1.41 [1.15-1.72]) respectivamente¹². Así mismo al comparar los índices de bienestar materno-fetal, se registra mayor incidencia de hipertensión crónica, hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia y diabetes gestacional¹³. Con referencia a los eventos hiperglucémicos se ha identificado una asociación a la inmigración, el estado socioeconómico bajo, con una mayor aparición de la diabetes gestacional¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷.

Lo anterior, revela que las inmigrantes tanto de países de ingresos altos y bajos ocurre con frecuencia mortalidad y morbilidad severa¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰. Revelando que sus condiciones de salud pueden ir desde hemoglobinopatías mal tratadas durante la gestación²¹, mayor vulnerabilidad a trastorno psiquiátricos²²⁻²³⁻²⁴ hasta estados patológicos que agravan el panorama.

Por otro lado, el desenlace perinatal de estas mujeres es algo sombrío ya que las cifras a nivel mundial de niños que mueren a causa de la prematuridad siguen en aumento en países donde se recibe el mayor número de inmigrantes²⁵. Así también como las enfermedades infecciosas, es uno de los motivos más frecuentes de ingreso a las unidades neonatales²⁶⁻²⁷, por tanto, es imprescindible que se mejoren las políticas sanitarias²⁸.

En el proceso salud intervienen diversos factores que deben mantener un equilibrio entre sí para que el individuo goce de una calidad de vida. Sin embargo, este proceso puede ser interrumpido por fenómenos tales como la migración que involucra elementos biológicos, sociales, económicos, culturales, políticos (Carballo y Nerukar, 2001; Uretsky y Mathiesen, 2007), y otros determinantes que, al trascender el proceso adaptativo favorece la vulnerabilidad a la enfermedad. Uno de los aspectos más relevantes de esta relación es la morbilidad materna y el desenlace perinatal; como bien confirma la Organización Mundial de la Salud, diariamente mueren 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, del cual 99% suceden en países en vía de desarrollo (Organización Mundial de la Salud, 2018). Así mismo, según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) en América Latina la tasa de morbilidad es del 5,7% versus el 0,8% en Europa, y un máximo de 1,4% en América del norte (países de altos ingresos)¹⁰. También, la OMS señala que la mayoría de las complicaciones se dan antes de la gestación, pero se agravan en su gran mayoría durante esta; y el 75% de las muertes maternas se relacionan con: las hemorragias, infecciones, hipertensión arterial (preeclampsia y eclampsia), complicaciones en el parto y práctica de abortos.

Por tanto, es imprescindible identificar los factores de riesgo a los que están expuestas las inmigrantes; evaluando su estado de salud de manera oportuna, para evitar más recargos económicos al sistema de salud y subsecuente detrimento de este y mejorar sustancialmente las tasas de morbilidad materna y perinatales. Pues bien, al comparar mujeres inmigrantes de bajo riesgo frente a las autóctonas se evidencia un riesgo de cesárea de emergencia y de hemorragia postparto significativamente mayor en éstas primeras¹¹ y si a ello se le agrega el antecedente de refugiados aumenta la probabilidad de preeclampsia prematura y muy

prematura (<37 semanas: 1.18 [1.02-1.36], y <34 semanas: 1.41 [1.15-1.72]) respectivamente¹². Así mismo al comparar los índices de bienestar materno-fetal, se registra mayor incidencia de hipertensión crónica, hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia y diabetes gestacional¹³. Con referencia a los eventos hiperglucémicos se ha identificado una asociación a la inmigración, el estado socioeconómico bajo, con una mayor aparición de la diabetes gestacional¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷.

Lo anterior, revela que las inmigrantes tanto de países de ingresos altos y bajos ocurre con frecuencia mortalidad y morbilidad severa¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰. Revelando que sus condiciones de salud pueden ir desde hemoglobinopatías mal tratadas durante la gestación²¹, mayor vulnerabilidad a trastorno psiquiátricos²²⁻²³⁻²⁴ hasta estados patológicos que agravan el panorama.

Por otro lado, el desenlace perinatal de estas mujeres es algo sombrío ya que las cifras a nivel mundial de niños que mueren a causa de la prematuridad siguen en aumento en países donde se recibe el mayor número de inmigrantes²⁵. Así también como las enfermedades infecciosas, es uno de los motivos más frecuentes de ingreso a las unidades neonatales²⁶⁻²⁷, por tanto, es imprescindible que se mejoren las políticas sanitarias²⁸.

En Colombia al igual que muchos países latinoamericanos, la mortalidad materna constituye un suceso excesivamente común, el fondo de población de las naciones unidas (UNFPA) estima que cada año en el país mueren 500 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Estas muertes están desencadenadas por diversos factores biológicos, socio-económicos, ambientales los cuales son mayormente prevenibles en un 98% (Ministerio de salud- Dirección General de Promoción y Prevención 2016). En el año 1995 Colombia junto con otros 189 países (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia 2010) se comprometieron a

disminuir la tasa de muertes materno- fetales a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos y lograr que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial.

Es por ello que en el sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA) ha incluido la vigilancia de la mortalidad materna y de la mortalidad fetal, de igual forma se creó el programa para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, la cual constituye serie de intervenciones realizadas por un profesional de la salud (medico – enfermera) que están destinadas a identificar y modificar los diferentes riesgos a los que se encuentra expuesta la embarazada esto con el objetivo de conservar un estado de salud optimo en la madre y un buen resultado perinatal disminuyendo las complicaciones que se puedan presentar²⁹.

Aunque lo ideal es iniciar el control antes del embarazo, es una práctica poco común. Por ello, el estado colombiano determinó que este proceso debe iniciar después de la primera falta menstrual y antes de la semana 14 de la gestación. Así en la consulta por primera vez se debe evaluar el estado de salud de la madre y determinar los diferentes factores de riesgo para desarrollar una estrategia que permita disminuirlos o eliminarlos y elaborar la historia clínica donde se consignaran los datos pertinentes^{30, 31}. Por tanto, se describirá a continuación cada componente y su respectiva correlación con el estado de salud materno-fetal.

En este contexto del flujo migratorio, las autoridades sanitarias y concretamente los clínicos que atienden deben ajustar los procedimientos, seguimiento y atención. La historia clínica constituye la base de este proceso por lo cual es importante tener en cuenta:

- ✓ **Identificación:** Estos datos son de gran importancia al determinar si se trata de un embarazo de alto o bajo riesgo ya que embarazos a edades tempranas aumentan el riesgo de parto pretérmino, cesarías, preeclampsia-eclampsia³² y en edades tardías adicionalmente se presenta un aumentó en la mortalidad materno-perinatal, los defectos

congénitos, parto prolongado, entre otros³³. Con respecto al nivel económico, se ha demostrado que las mujeres con un nivel socioeconómico menor tienen más riesgo presentar un índice de masa corporal bajo y un retraso en el crecimiento intrauterino secundario a la mala nutrición, abuso de tóxicos, inadecuado control prenatal, retraso en la primera visita y mayores tasas de abandono escolar en casos de ser adolescentes³⁴ este aspecto se encuentra muy relacionado con la ocupación de la paciente; las mujeres embarazadas trabajadoras y las que tienen una carga académica mayor tienen más riesgo de retraso en el crecimiento, abortos espontáneos, partos prematuros, hipertensión arterial, consumo de sustancias como el alcohol, el café, el tabaco (Ministerio de Trabajo y asuntos sociales de España, 1999); teniendo en cuenta que estos factores repercuten directamente sobre el desarrollo del neonato.

Con respecto a la procedencia y la residencia estudios han demostrado que las mujeres que residen en zonas rurales o en barrios con estrato socioeconómico bajo tienen mayor riesgo de presentar preeclampsia, eclampsia, restricción del crecimiento intrauterino y menor acceso a los servicios de salud^{35,36}.

✓ **Anamnesis:**

Se ha demostrado que condiciones como la hipertensión, diabetes gestacional, enfermedades autoinmunes, aumentan el riesgo de la restricción del crecimiento uterino o bajo peso al nacer y partos prematuros, aumenta el riesgo de complicaciones en el parto y bebés macrosómico. También, hábitos de ingesta de alcohol puede ocasionar síndrome alcohólico fetal, aborto espontáneo, malformaciones y óbitos fetales (National Institute of Child Health and Human Development, 2008). Por ello es pertinente indagar sobre:

-Antecedentes obstétricos: Periodos intergenésicos menores a 18 meses se aumenta el riesgo de prematuridad, ruptura uterina, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino, óbito fetal, aborto, ruptura prematura de membranas, anemia y endometritis. Los periodos mayores a 5 años a su vez se relacionan con el aumento de partos pretérmino, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas, distocias y preeclampsia/eclampsia³⁷. Por otro lado, si la gestante sufrió un aborto previo o embarazo ectópico el riesgo de presentar otro aumenta significativamente.

-Partos: Permite determinar el riesgo obstétrico al que se encuentra expuesta la paciente, estudios han demostrado que las mujeres que son nulíparas tienen mayor riesgo de tener un recién nacido bajo peso³⁸, por el contrario, si estas son multíparas o gran multíparas tienen tres veces más probabilidad de presentar diabetes mellitus gestacional³⁹, si la mujer tiene un antecedente de un aborto espontáneo, un hijo con malformación congénita o un óbito fetal debe relacionarse con factores orgánicos y genéticos que deben estudiarse y en el caso de presentar una cesaría anterior debe considerarse la realización de una nueva cesaría si el tiempo es menor de dos años dado que existe un alto riesgo de atonía y ruptura uterina⁴⁰.

-Antecedentes ginecológicos: Edad de la menarquia, patrón de ciclos menstruales, fecha de las dos últimas menstruaciones, métodos anticonceptivos utilizados y hasta cuando, antecedente o presencia de flujos vaginales, enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA, historia y tratamientos de infertilidad.

-Antecedentes familiares: Además de tener ADN similar, comúnmente las familias comparten un estilo de vida y costumbres. Por esto, si un familiar padece una enfermedad, el riesgo de que un familiar de primer grado la herede es significativa (Centers for Disease Control and Prevention, 2008).

-Gestación actual: La edad gestacional es imprescindible para calcular la duración del embarazo y de esa manera evaluar el correcto crecimiento fetal esto mediante la fecha de última menstruación, la altura uterina y la ecografía (Organización Panamericana de la Salud, 2011) que resulta el método más confiable para determinarla. La determinación de un patrón de movimientos fetales es indicio de un desarrollo neuromuscular adecuado y el bienestar fetal⁴¹. Por otra parte, la presencia de síntomas como flujo vaginal hemorrágico, blanco, leucorrea, fiebre, edema, hemorragia vaginal, salida de líquido amniótico, náuseas y vómitos excesivos, Hipertensión, convulsiones, entre otros constituyen signos de alarma y deben ser estudiados de forma inmediata ya que su causa puede colocar en riesgo la vida de la madre y del producto⁴².

✓ **Examen físico.**

-Medidas antropométricas: (peso, talla, altura uterina y valorar estado nutricional). El aumento excesivo del peso o el bajo peso durante el embarazo predispone a que se desarrollen una serie de comorbilidades; es por eso que la OMS determinó que la ganancia de peso en una mujer con índice de masa corporal (IMC) debe ser de 12,5 a 18 kg, si tiene IMC normal debe ser de 11,5 a 16 kg y si el IMC está aumentado el promedio de kilos que debe ganar están entre 5 a 11,5 kg dependiendo de qué tan elevado este⁴³. Debe ser parte esencial también realizar altura uterina (AU): Si la AU está bajo el percentil 10 o sobre el percentil 90 debe sospecharse de una restricción del crecimiento, así como las maniobras de Leopold^{44, 45}.

✓ **Paraclínicos.-Hemograma completo:** se realiza con el fin de detectar trastornos hemáticos como la anemia que es muy común en las embarazadas. Lo que probablemente, puede aumentar el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer, etc.

-Hemoclasificación: para diagnosticar la incompatibilidad RH, que puede generar un daño multiorgánico en el feto.

-Es de vital importancia la realización de serología para VDRL, serología para rubeola, prueba Elisa para VIH y HbsAg, serología par toxoplasmosis, frotis vaginal y citologías vaginal. Con el fin de prever posibles complicaciones congénitas fatales (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

✓ **Vacunas.**

Vacunar a la madre contra la influenza ha demostrado que reduce el riesgo de padecer una infección respiratoria en un 40% (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2019). Con respecto a la vacuna del tétano y la difteria tiene el fin de proteger tanto a la madre como al feto hasta los primeros seis meses de vida contra el tétanos especialmente si esta se encuentra en una zona rural (Fundación Medicina Fetal Barcelona, 2008).

5.5 MARCO CONCEPTUAL

- **APGAR:** Prueba para evaluar la vitalidad del recién nacido. Se lleva a cabo en la sala de partos después del nacimiento del bebé. La realiza un médico, una comadrona o una enfermera. El profesional de la salud examinará en el bebé: el esfuerzo respiratorio, la frecuencia cardíaca, el tono muscular, los reflejos y el color piel⁴⁶.
- **CESÁREA:** procedimiento quirúrgico en el que un feto nace mediante una incisión en el abdomen y el útero de la madre. La mayoría de las cesáreas se realiza cuando ocurren problemas inesperados durante el parto⁴⁷.
- **CONTROL PRENATAL:** Control prenatal se define como el “conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional”⁴⁸.
- **ECLAMPSIA:** La eclampsia es la aparición de convulsiones o coma durante el embarazo en una mujer después de la vigésima semana de gestación, durante el parto o en las primeras horas del puerperio sin tener relación con afecciones neurológicas. Es una complicación grave del embarazo⁴⁹.
- **ECOGRAFÍA:** La ecografía o ultrasonografía es un método diagnóstico que emplea ondas acústicas de alta frecuencia (ultrasonidos) y obtiene imágenes de los órganos internos al captar el eco de estas ondas. Es una exploración que no emplea radiación ionizante. La ecografía obstétrica se usa para diagnosticar la existencia de embarazo y valorar la situación del embrión o el feto⁵⁰.

- **EMBARAZO:** Gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno; abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, pasando por los periodos embrionarios y fetal. Dura 38 semanas a partir de la fecundación, pero la clínica toma como fecha de partida la última menstruación y se considera que se prolonga a 40 semanas⁵¹⁻⁵².
- **EMIGRACIÓN:** Alude al acto y la consecuencia de emigrar: alejarse del lugar de origen o residencia para afincarse en otro diferente⁵³.
- **INMIGRACION:** Relativo a inmigrar. Este término hace referencia a la persona que llega a otro país para residir en él, generalmente por motivos económicos, políticos o académicos⁵⁴.
- **LÍQUIDO AMNIÓTICO:** El líquido amniótico es un líquido producido por el feto y que lo rodea durante el embarazo. Actúa principalmente como protección para el feto y proporciona una temperatura estable, amortiguación ante traumatismos externos y permite la libre circulación necesaria para el normal desarrollo de los pulmones. Permite al feto moverse dentro del útero⁵⁵.
- **MORTALIDAD MATERNAL:** La mortalidad materna es la principal causa de muerte entre mujeres en edad reproductiva a nivel global. Más de 1,500 mujeres y niñas mueren cada día a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto; lo que se traduce en cerca de 550 mil muertes anuales⁵⁶.
- **NEONATO:** Se aplica al niño recién nacido hasta la cuarta semana después del nacimiento (menor de 28 días)⁵⁷.
- **PARTO:** Proceso por el cual se produce la expulsión del feto, la placenta y las membranas del útero⁵⁸.

- **PREECLAMPSIA:** Complicación grave que se presenta en algunas mujeres embarazadas. Afecta a varios sistemas del organismo materno y produce hipertensión arterial, proteinuria (exceso de proteínas en la orina por alteración del riñón), edemas, irritación del sistema nervioso central, con riesgo de convulsiones, y alteraciones del hígado y la coagulación. Cuanto más grave sea la preeclampsia y cuanto más temprano se manifieste en el embarazo, mayores serán los riesgos para la madre y el bebé⁵⁹.
- **PUERPERIO:** Tiempo que sigue al parto y que dura aproximadamente seis semanas. Durante el mismo regresan los cambios anatómicos y fisiológicos producidos por la gestación y la mujer se ajusta a las responsabilidades nuevas o más amplias de la maternidad y de la vida de no gestante⁶⁰.
- **RECIÉN NACIDO:** Que acaba de nacer o nacido hace poco tiempo, en un tiempo no mayor de 4 a 8 días⁶¹.

SISTEMA DE VARIABLES (TABLA DE VARIABLES)

El sistema de variables a utilizar en ese estudio se presenta de la siguiente manera:

VARIABLE DE ESTUDIO: venezolanas embarazadas

| VARIABLES | INDICADORES | VALOR FINAL | TIPO DE VARIABLE |
|--------------------------------|--------------------|---|-------------------------|
| Edad | Datos de filiación | ____ Años | Cuantitativa |
| Aseguradora/EAPB | Datos de filiación | Variable | Cualitativa |
| Régimen | Datos de filiación | Subsidiado Contributivo Vinculadas | Cualitativa |
| Tiempo de estancia en Colombia | Datos de filiación | ____Días ____meses ____Años | Cuantitativa |
| Barrio | Datos de filiación | Variable | Cualitativa |
| Escolaridad | Datos de filiación | Analfabeta Primaria Secundaria Técnico Tecnólogo Profesionales | Cualitativa |

| Ocupación | Datos de filiación | Variable | Cualitativa |
|--|---|---|-------------|
| Estado civil | Datos de filiación | Soltera Casada Unión libre Divorciada Otros | Cualitativa |
| Tipo sanguíneo ABO | Datos de filiación | Conocido Desconocido | Cualitativa |
| Tipo sanguíneo RH | Datos de filiación | Conocido Desconocido | Cualitativa |
| Estilos de vida | Antecedentes personales | Alcohol Cigarrillo o Tabaco Sustancias psicoactivas Otra: _____ | Cualitativa |
| COMORBILIDADES | Antecedentes personales, examen físico y exámenes de laboratorio | SI NO ¿Cuáles? _____ | Cualitativa |
| Cirugías, traumas, transfusiones y alergias. | Antecedentes personales | SI NO ¿Cuáles?: _____ | Cualitativa |

| | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|--|--------------|
| Vacunas | Antecedentes personales | Tétano Influenza NO No Sabe | Cualitativa |
| Paridad | Ficha ginecobstetrica | Nulípara Multípara | Cualitativa |
| Gravidez | Ficha ginecobstetrica | 0 1 – 2 3 – 4 5 – 6 Más de 6 | Cuantitativa |
| Abortos | Ficha ginecobstetrica | 0 1 – 2 3 – 4 5 – 6 Más de 6 | Cuantitativa |
| Vía del parto | Ficha ginecobstetrica | Vaginal Cesárea | Cualitativa |
| Controles prenatales | Antecedentes personales. | 0 <4 ≥4 | Cuantitativa |
| Antecedentes familiares patológicos | Antecedentes | Variable | Cualitativa |

| | | | |
|---------------------------|---|---|--------------|
| Exámenes | Pruebas de laboratorio e imagenológicas | Todas Casi todas Muy pocas Ninguna | Cualitativa |
| Ecografías | Pruebas imagenológicas | 0 1 2 3 >3 | Cuantitativa |
| Complicaciones anteparto | | Si No ¿Cuáles? | Cualitativa |
| Complicaciones intraparto | | Si No ¿Cuáles? | Cualitativa |
| Complicaciones postparto | | Si No ¿Cuáles? | Cualitativa |
| RCIU (neonato) | Pruebas imageneológicas | Si No | Cualitativa |
| Apgar a los 5 min | Examen físico | 0-3 4-6 | cuantitativa |

| | | | |
|---------------------|---|--|--------------|
| | | 7-10 | |
| Peso al nacer | Examen físico | <1000 gr <1500 gr >1500 gr - <2500gr 2500gr – 4000gr >4000gr | Cuantitativa |
| Edad gestacional | Examen físico | 21 – 27 semanas 28- 37 semanas 37-41 semanas >42 semanas | Cuantitativa |
| Enfermedad al nacer | Impresión diagnostica - diagnostico | Si No ¿Cuáles? | Cualitativa |

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio descriptivo - retrospectivo.

6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN: Quinientos veintisiete (527) embarazadas venezolanas de la clínica maternidad Rafael Calvo en el periodo del 01 de Junio al 30 de septiembre del 2018 en Cartagena, Colombia.

MUESTRA: Muestreo aleatorio simple.

Ciento veinte (120) embarazadas venezolanas de la Clínica maternidad Rafael Calvo, tomando una muestra de treinta pacientes (30) por mes.

- **Criterios de inclusión**

- a) Mujeres venezolanas que tengan como lugar de residencia la ciudad de Cartagena de Indias y los corregimientos de: Bayunca, Pasacaballos, Tierra Bomba, Barú, Boca Chica, Caño de Loro, Islas Del Rosario, Islotes de San Bernardo, Leticia, Santa Ana, La Boquilla, Punta Canoa, Pontezuela, Arroyo de Pierda, Arroyo Grande, Isla Fuerte, Isla Palma, Isla Panda, Sector Membrillar, Sector Variante, Cordialidad.
- b) Mujeres venezolanas con parto en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo, durante el periodo de 01 de junio a 30 de septiembre de 2018.
- c) El producto de madres en posparto inmediato y mediato que correspondan al criterio de inclusión.

- **Criterios de exclusión**

- a) Embarazadas migrantes venezolanas con parto fuera de 01 de junio a 30 de septiembre de 2018 en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo.

6.3 TIEMPO Y LUGAR

Clínica Maternidad Rafael Calvo de la ciudad de Cartagena de Indias. Durante el periodo del 01 de junio a 30 de septiembre del 2018.

6.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

- a. La información se obtuvo de fuente secundaria que corresponde a la HC de la Clínica Maternidad Rafael Calvo del periodo 01 de junio a 30 de septiembre de 2018.
- b. Las historias clínicas serán analizadas en sus componentes.
 1. Anamnesis (datos filiación, antecedentes personales, antecedentes familiares, motivo de consulta, enfermedad actual, revisión por sistema).
 2. Examen físico (signos vitales, inspección, palpación, percusión, auscultación).
 3. Impresiones diagnósticas y análisis.
 4. Paraclínicos (prueba de laboratorio, imagenología, exámenes invasivos).
- c. La base de datos usada para esta investigación es epi-info versión 7.

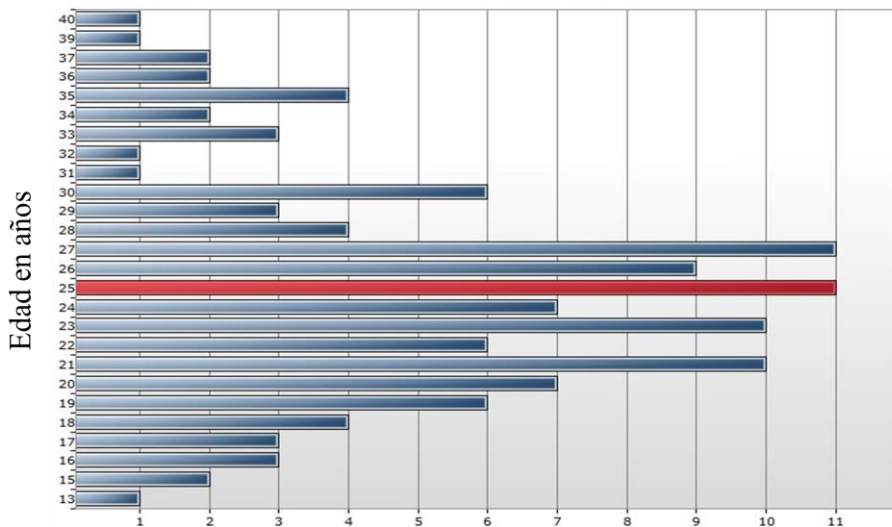
6.5 TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE RESULTADOS

- Elementos estadísticos:
 - Representaciones graficas en diagrama de barras.
 - Medidas de tendencia central: media, mediana y moda.

- Correlaciones.
- Regresión.

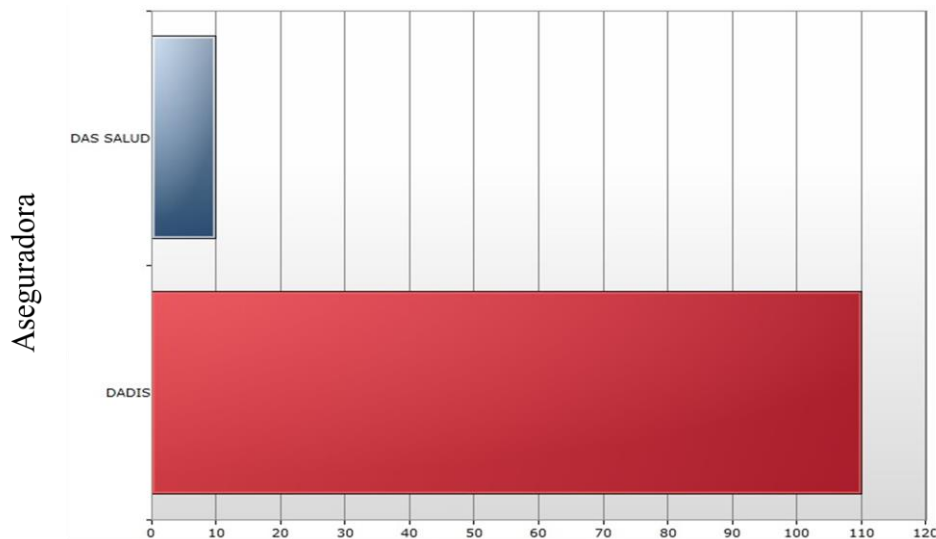
7. RESULTADOS

7.1 DATOS DE FILIACIÓN.



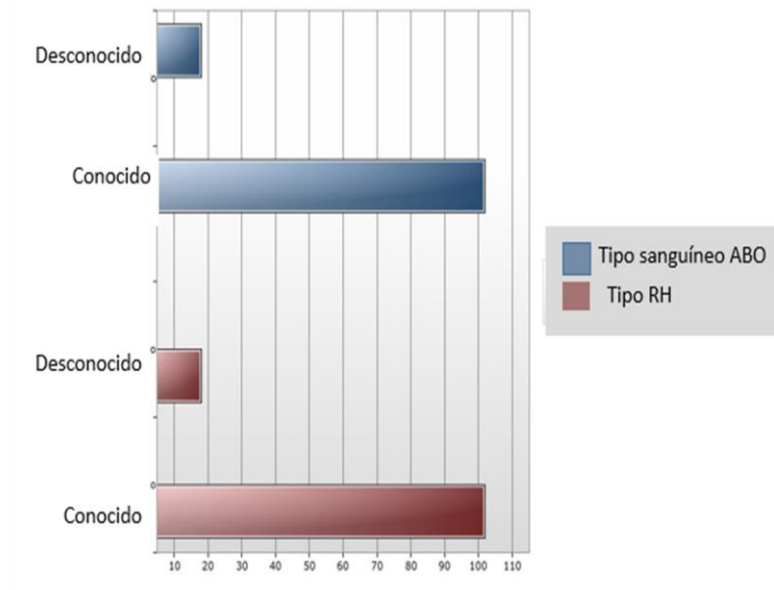
GRÁFICA 1.1. Edad en años de la gestante. Entre 1 de junio a 30 de septiembre del 2018.

En esta gráfica se puede apreciar la edad en años de las madres gestantes venezolanas entre el 1 de junio a 30 de septiembre del 2018, en donde se puede observar que de 120 de pacientes están en edad de riesgo 13 de ellas (≤ 15 y ≥ 35 años de edad), lo cual corresponde al 10,8% del total de las embarazadas.



GRÁFICA 1.2. Aseguradora. Entre 1 de junio a 30 de septiembre del 2018.

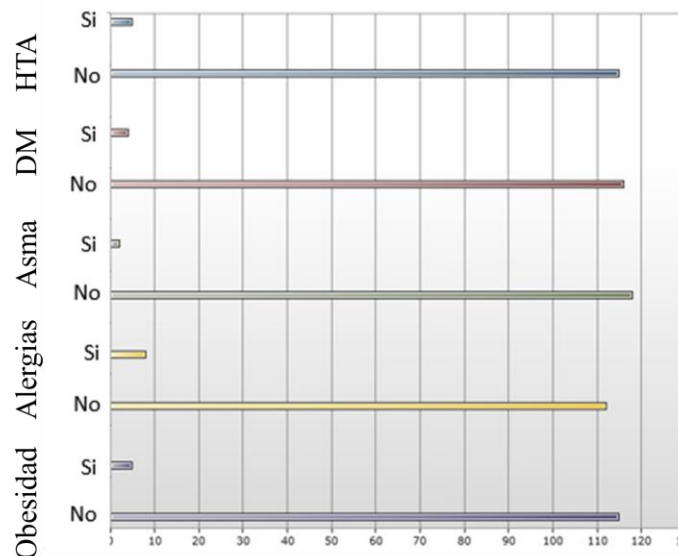
El Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS) representa el 91,7% de la aseguradora responsable de la atención en salud de las gestantes venezolanas entre el 1 de junio a 30 de septiembre del 2018.



GRÁFICA 1.3. Tipo sanguíneo ABO y RH, en gestantes venezolanas entre 1 de junio a 30 de septiembre del 2018.

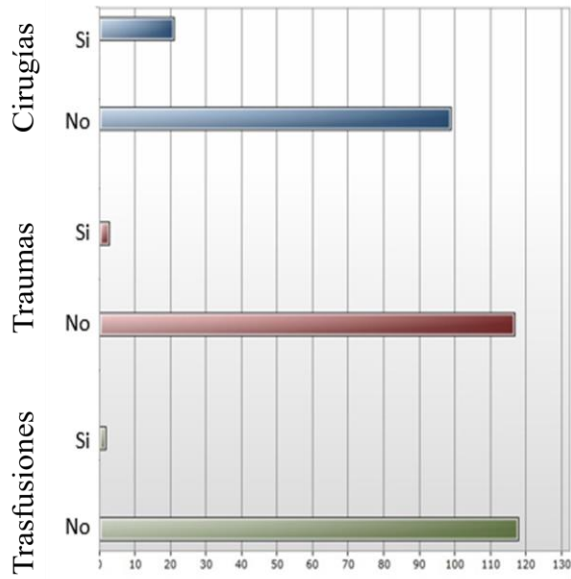
En esta gráfica se observa que, de 120 pacientes en total, 102 de ellas conocen el tipo sanguíneo ABO y RH, lo que corresponde a un 85% respectivamente.

7.2 ANTECEDENTES PERSONALES

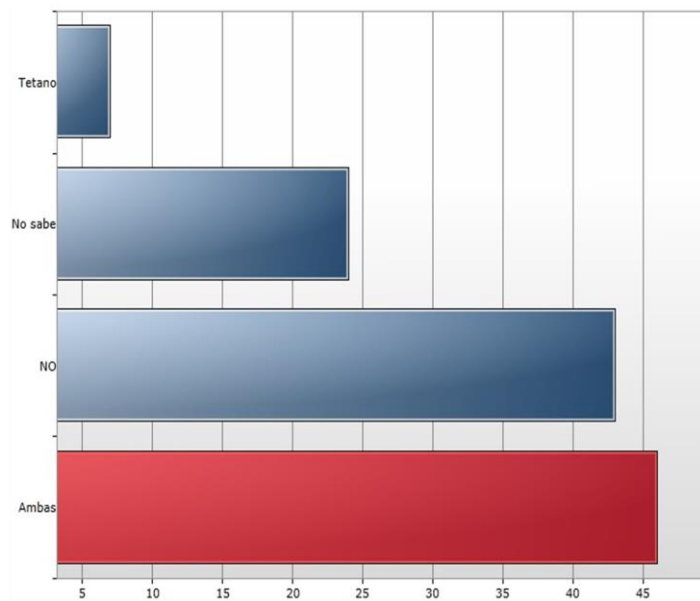


GRÁFICA 2.1. Antecedentes personales de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), asma, alergias y obesidad en gestantes venezolanas entre 1 de junio a 30 de septiembre del 2018.

Del total de 120 pacientes sólo 4,17% son hipertensas, el 3,33% son diabéticas, 1,67% asmáticas, 6,67% alérgicas y 4,17% son obesas.

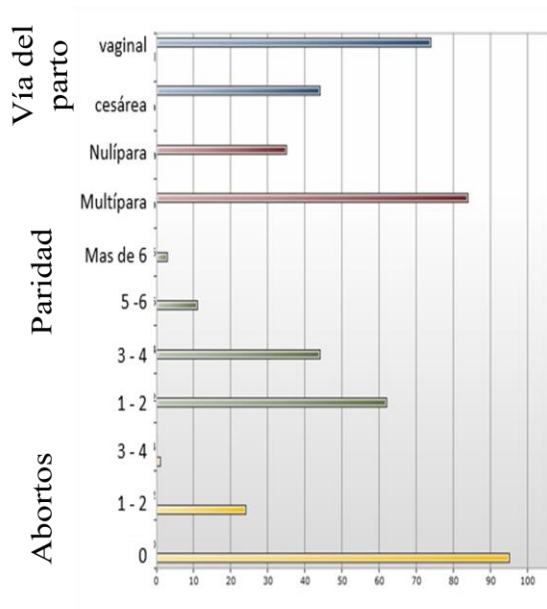


GRÁFICA 2.2. Antecedentes personales de cirugías, traumas y transfusiones entre el período 1 de junio a 30 de septiembre del 2018. En esta gráfica se puede apreciar que el antecedente personal que más se presentó es la cirugía con 21 pacientes, es decir, el 17,50%; seguida de traumas y transfusiones con un 2,50% - 1,67% respectivamente.



GRÁFICA 2.3. Antecedentes personales inmunológicos, entre el período 1 de junio a 30 de septiembre del 2018.

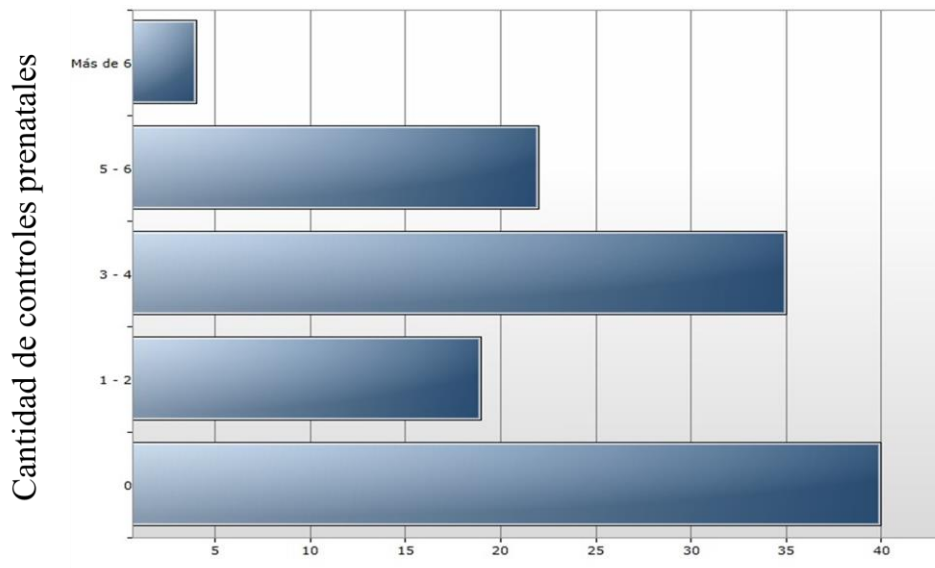
Esta gráfica muestra que 43 pacientes no se han aplicado alguna dosis de tétano e influenza y 24 de ellas desconocen si han sido o no vacunadas. Lo cual corresponde a un total del 55.8%.



El 51,67% de las gestantes tenía como antecedente entre uno y dos embarazos previos y más de seis sólo el 2,50%. En su gran mayoría las gestantes venezolanas son multiparas con un total de 84 pacientes de 120. Correspondiendo al 70,59% y el 29,41% restante son nulíparas.

El 20% presentó entre 1-2 abortos y sólo el 0,83% presentó entre 3-4 abortos. En su gran mayoría la vía del parto fue la vaginal con 62,71% del total de gestante, es decir, 74 de ellas.

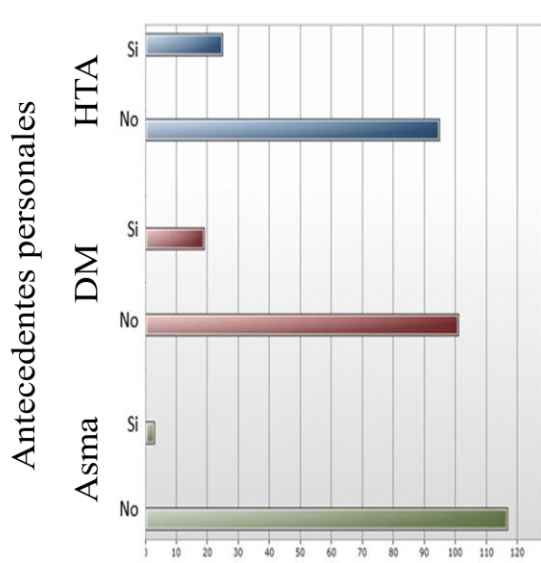
GRÁFICA 2.4. Antecedentes gineco-obstétricos (ficha ginecobiométrica: Gravidéz, aborto, vía del parto). 1 de junio a 30 de septiembre del 2018.



GRÁFICA 2.5. Control prenatal de gestantes venezolanas entre el período 1 de junio a 30 de septiembre del 2018.

En esta gráfica se puede apreciar que 40 paciente no asistieron a algún control prenatal y 66 de ellas tuvo menos de cinco controles prenatales. Es decir, 33,3% y el 78,3% respectivamente.

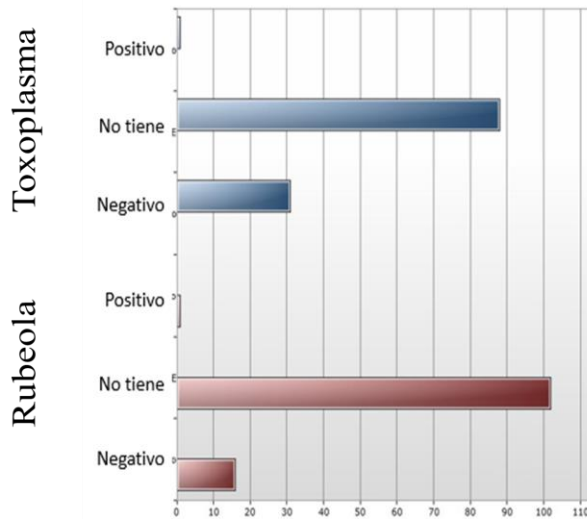
7.3 ANTECEDENTES FAMILIARES



GRÁFICA 3.1. Antecedentes familiares de: hipertensión arterial, diabetes mellitus y asma. En el período 1 de junio a 30 de septiembre del 2018.

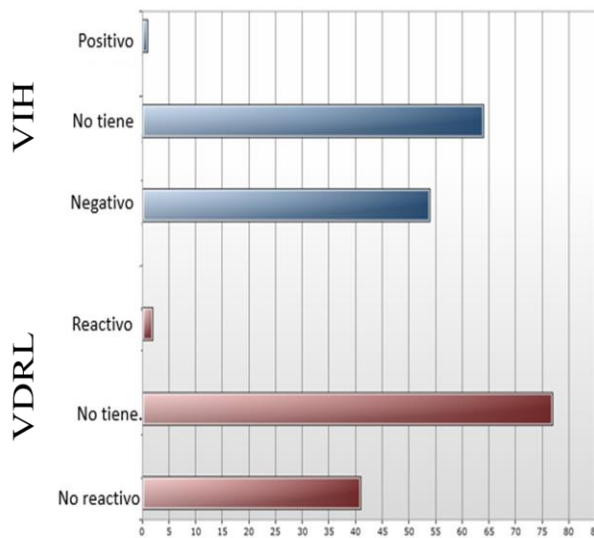
En esta gráfica se puede apreciar que en el antecedente familiar más frecuente fue la hipertensión arterial, seguida de la diabetes mellitus y asma representando el 13,05%. El 86,94% no presentan ningún antecedente familiar patológico.

7.4 PRUEBAS DE LABORATORIO E IMAGENOLÓGICAS.



GRÁFICA 4.1. Pruebas de laboratorio para serología de toxoplasma y rubéola. En embarazadas entre el período 1 de junio a 30 de septiembre del 2018.

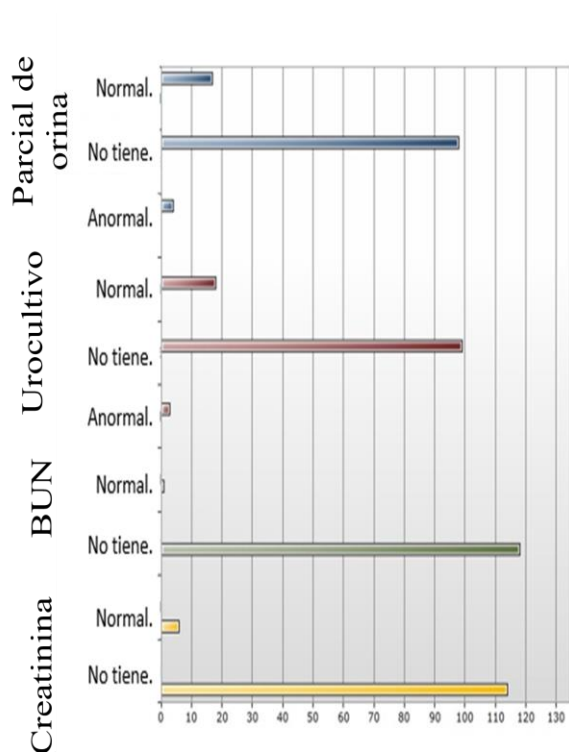
Esta gráfica muestra que 88 pacientes no tienen alguna serología para toxoplasma y 103 presentan serología para rubéola. Lo cual corresponde al 73,33% y 85,83% respectivamente.



GRÁFICA 4.2. Prueba de laboratorio para VIH y VDRL. En embarazadas entre el período 1 de junio a 30 de septiembre del 2018.

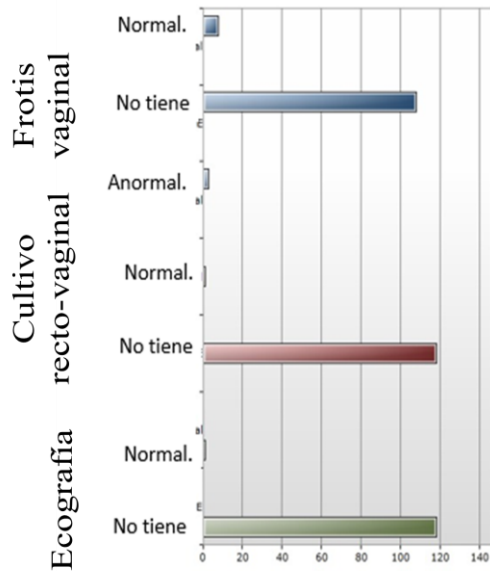
El 54,17% de las pacientes no tiene alguna prueba de VIH y el 45% tiene resultados negativos.

El 64,17% del paciente no tiene alguna prueba para VDRL y el 34,17% tiene resultados negativos.



GRÁFICA 4.3. Pruebas de laboratorio para parcial de orina, urocultivo, BUM, creatinina. En embarazadas entre el período 1 de junio a 30 de septiembre del 2018.

Esta gráfica muestra que en su gran mayoría las gestantes no tienen, parcial de orina, urocultivo, BUM, creatinina. Es decir, 82,5%, 82,5%, 99,17% y 95% respectivamente.

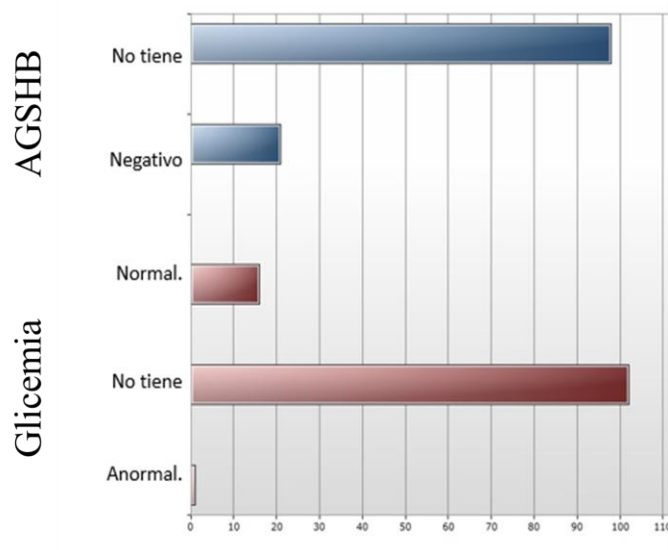


GRÁFICA 4.4. Pruebas de laboratorio para frotis vaginal, cultivo recto-vaginal y prueba de imagen ecográfica de circulación placentaria. En embarazadas entre el período 1 de junio a 30 de septiembre del 2018.

El 90,83% no tiene frotis vaginal.

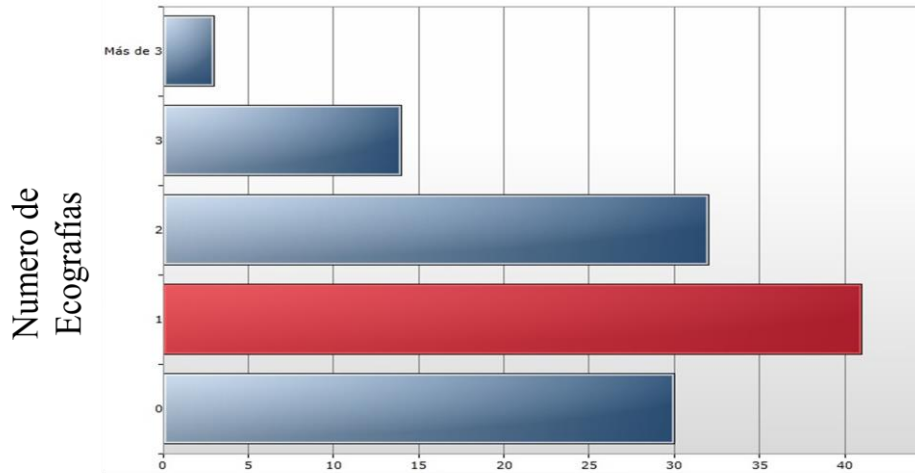
El 99,17% no tiene cultivo recto vaginal.

El 99,17% no tiene ecografía de circulación placentaria.



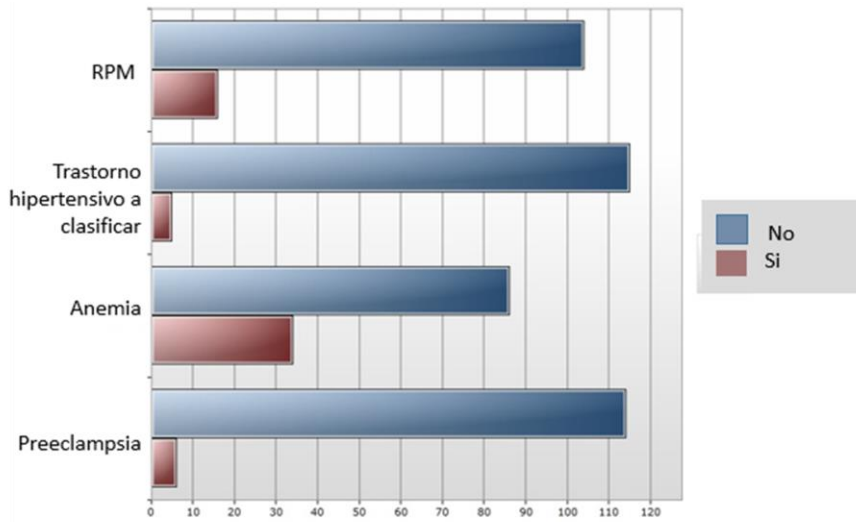
GRÁFICA 4.5. Pruebas de laboratorio para antígeno de superficie para hepatitis B (AGS HB) y glicemia. En embarazadas entre el período 1 de junio a 30 de septiembre del 2018.

En su gran mayoría las gestantes no se realizaron algún antígeno de superficie para hepatitis B o glucemia. Correspondiente al 82,5% y el 85,83% presentan un resultado sin alteraciones.



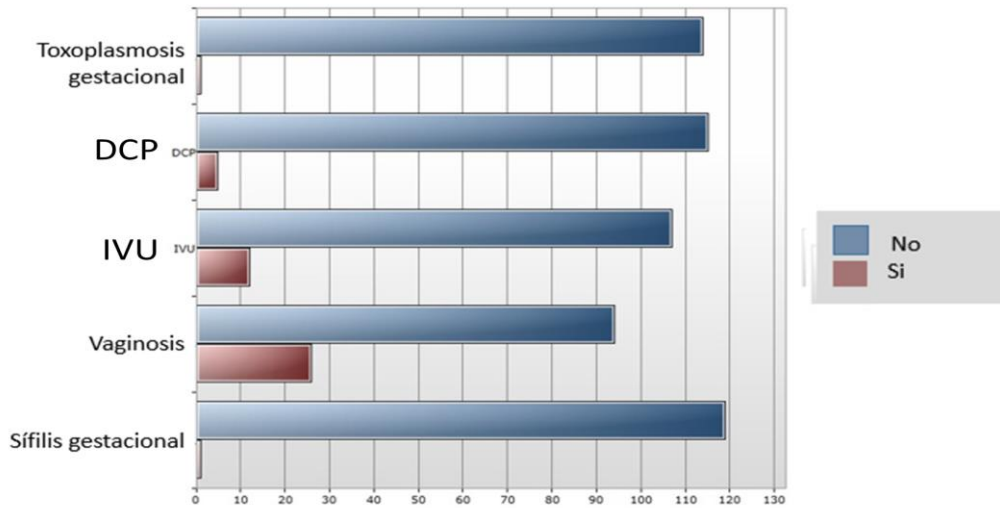
GRÁFICA 4.6. Ecografías durante la gestación, en migrantes venezolanas embarazadas entre el período 1 de junio a 30 de septiembre del 2018. Esta gráfica muestra que el 25% del paciente no se realizó alguna ecografía durante la gestación y el 60,84% se realizó menos de 3 ecografía. El 14,17% se realizó ≥ 3 ecografías.

7.5 COMPLICACIONES MATERNAS



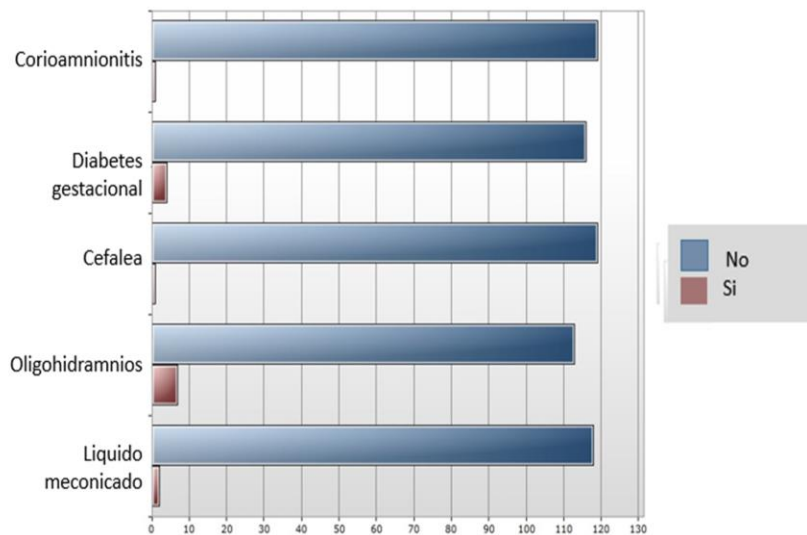
GRÁFICA 5.1. Complicaciones ante-parto en las gestantes. Entre 1 de junio a 30 de septiembre del 2018.

El 13,3% de las embarazadas presentó ruptura prematura de membrana.
 El 4,2% de las gestantes presentaron trastornos hipertensivos a clasificar.
 El 28,3% presentaron anemia antes del parto.
 El 5% de las mujeres presentaron preeclampsia antes del parto.



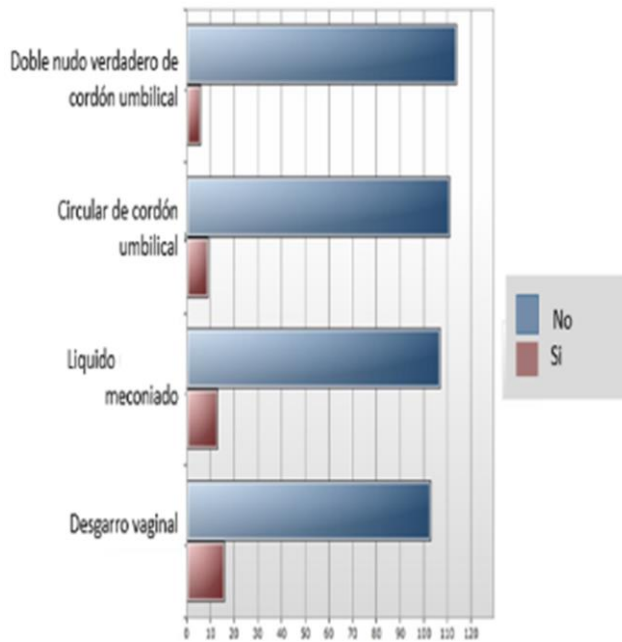
GRÁFICA 5.2. Complicaciones ante-parto en las gestantes. Entre 1 de junio a 30 de septiembre del 2018.

El 0,8% de las embarazadas presentó toxoplasmosis gestacional.
 El 4,2% de las gestantes presentaron desproporción céfalo-pélvica.
 El 10% presentaron IVU antes del parto.
 El 21,7% de las gestantes presento vaginosis antes del parto.
 El 2,5% de las mujeres presentaron sífilis gestacional.



GRÁFICA 5.3. Complicaciones ante-parto en las gestantes. Entre 1 de junio a 30 de septiembre del 2018.

El 0,8% de las embarazadas presentó corioamnionitis antes del parto.
 El 3,3% de las gestantes presentaron diabetes gestacional.
 El 0.8% presentaron cefalea antes del parto.
 El 5,8% de las mujeres presentaron oligohidramnios.
 El 1,7% de las embarazadas presento líquido amniótico meconiado antes del parto.



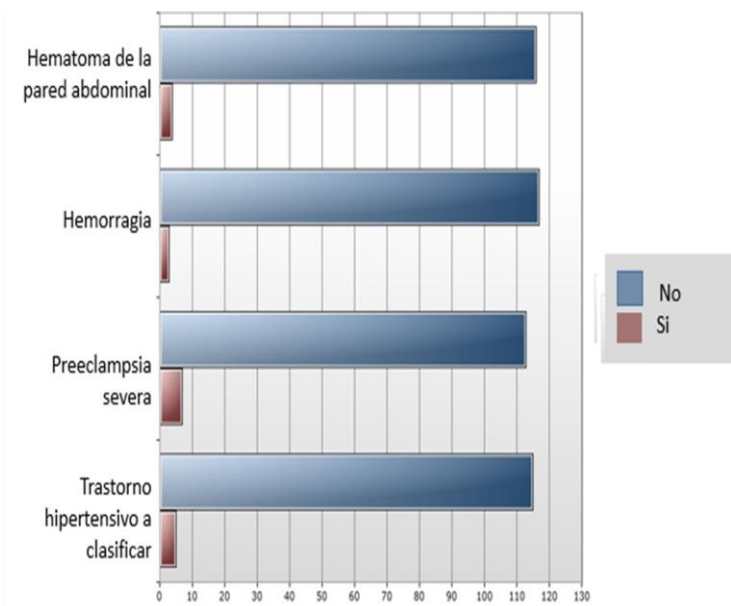
GRÁFICA 5.4. Complicaciones intra-parto en las gestantes. Entre 1 de junio a 30 de septiembre del 2018.

El 5% de las embarazadas presentó doble nudo verdadero de cordón umbilical al momento del parto.

El 7,5% de las gestantes presentó circular del cordón umbilical al momento del parto.

El 10,8% presentó líquido amniótico meconiado al momento del parto.

El 13,3% de las mujeres presentaron desgarro vaginal al momento del parto.



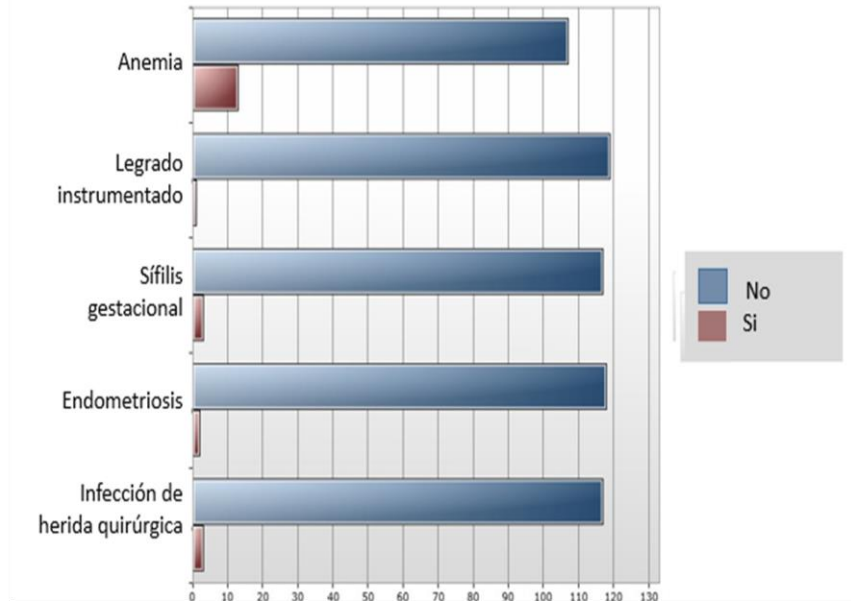
GRÁFICA 5.5. Complicaciones Post-parto en las gestantes. Entre 1 de junio a 30 de septiembre del 2018.

El 3,3% de las embarazadas presentó hematoma de la pared abdominal después del parto.

El 2,5% de las gestantes sufrió hemorragia después del parto.

El 5,8% presentó preeclampsia severa después del parto.

El 4,2% de las mujeres presentaron trastorno hipertensivo sin clasificar después del parto.



GRÁFICA 5.6 Complicaciones Post-parto en las gestantes. Entre 1 de junio a 30 de septiembre del 2018.

El 10,8% de las embarazadas presentó anemia después del parto.

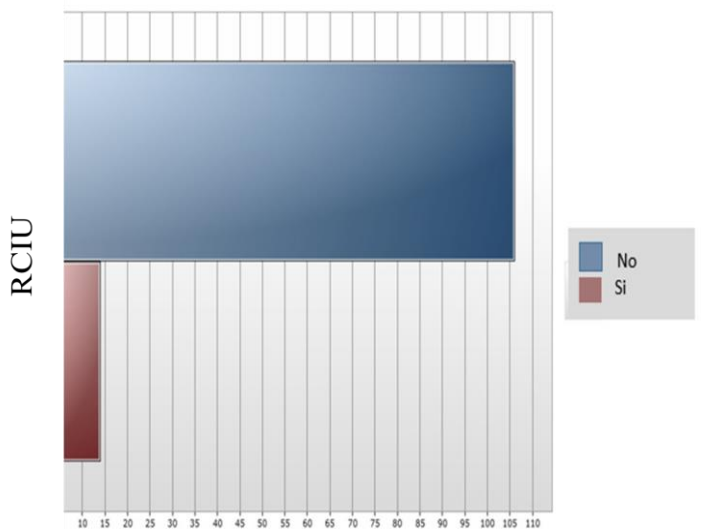
El 0,8% de las gestantes se les realizó legrado instrumentado.

El 2,5% presentó sífilis gestacional.

El 1,7% de las mujeres presentaron endometriosis después del parto.

El 2,5% de las gestantes presentaron infección en la herida quirúrgica.

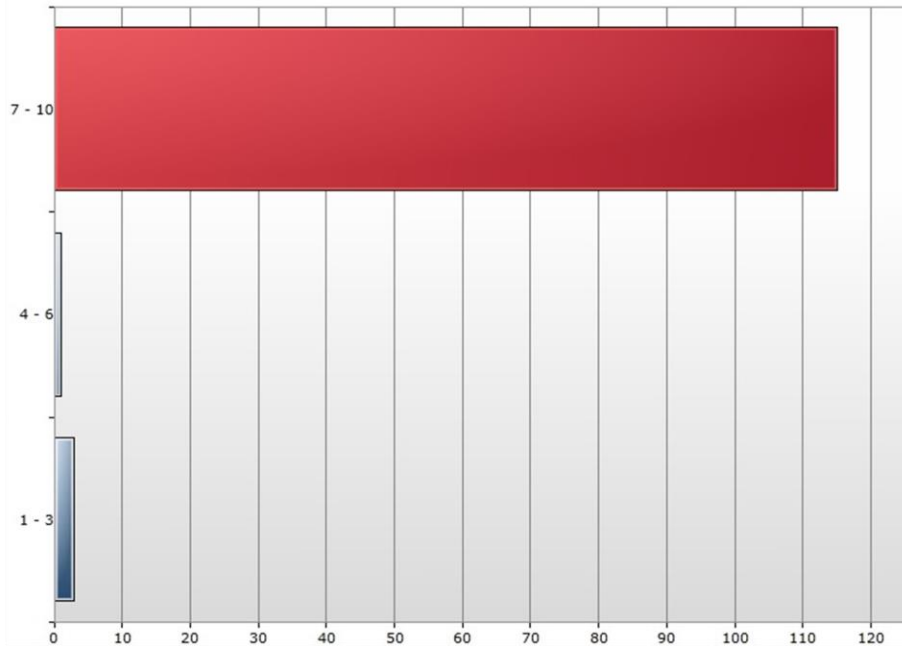
7.6 DESENLACE PERINATAL



GRÁFICA 6.1. Restricción en el crecimiento intrauterino (RCIU) de neonatos, hijos de migrantes venezolanas entre el período 1 de junio a 30 de septiembre del 2018.

Esta gráfica muestra que en total 106 neonatos de 120 no presentaron RCIU. Lo cual corresponde al 88,33% y el 11,67% restante si presentó esta alteración.

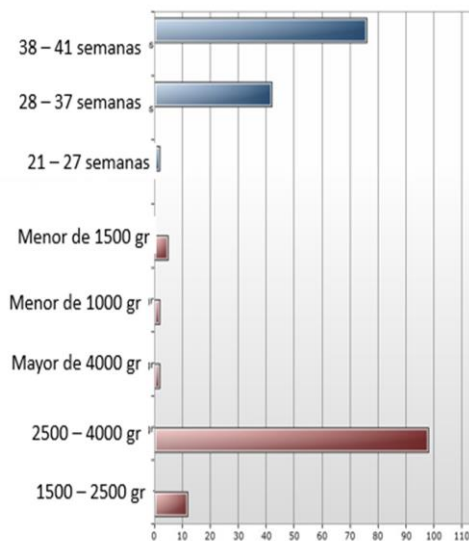
Puntaje apgar a los 5 min



GRÁFICA 6.2 Apgar del neonato a los 5 minutos. Entre 1 de junio a 30 de septiembre del 2018.

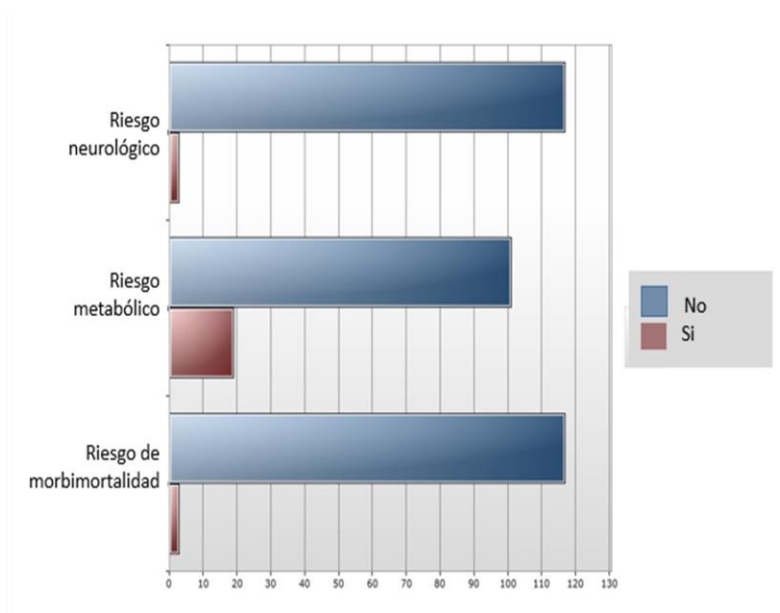
De 120 neonatos, 115 obtuvieron un apgar a los 5 minutos entre 7-10 puntos, que corresponde al 96,7% del total.

Edad gestacional
Peso al nacer



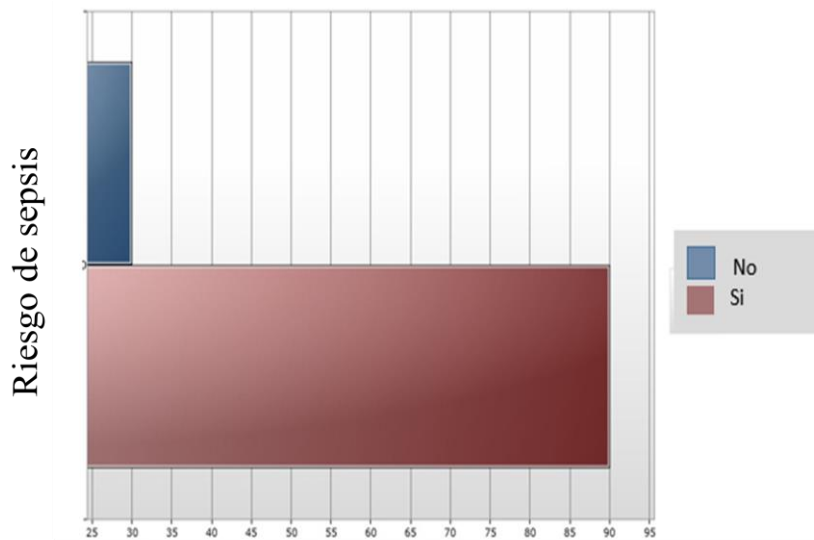
GRAFICA 6.3 Edad gestacional y peso al nacer, entre el período 1 de junio a 30 de septiembre del 2018.

La edad gestacional en la que se presentaron la mayoría de los partos fue entre la semana 38-41 en 76 mujeres y el restante ocurrió en ≤ 37 semanas (36.7%). El peso al nacer ocurrió con mayor frecuencia entre 2500-4000 gramos en el 82,5% de los pacientes, peso < 2500 se presentó el 10% y > 4000 g corresponde al 1,7%.



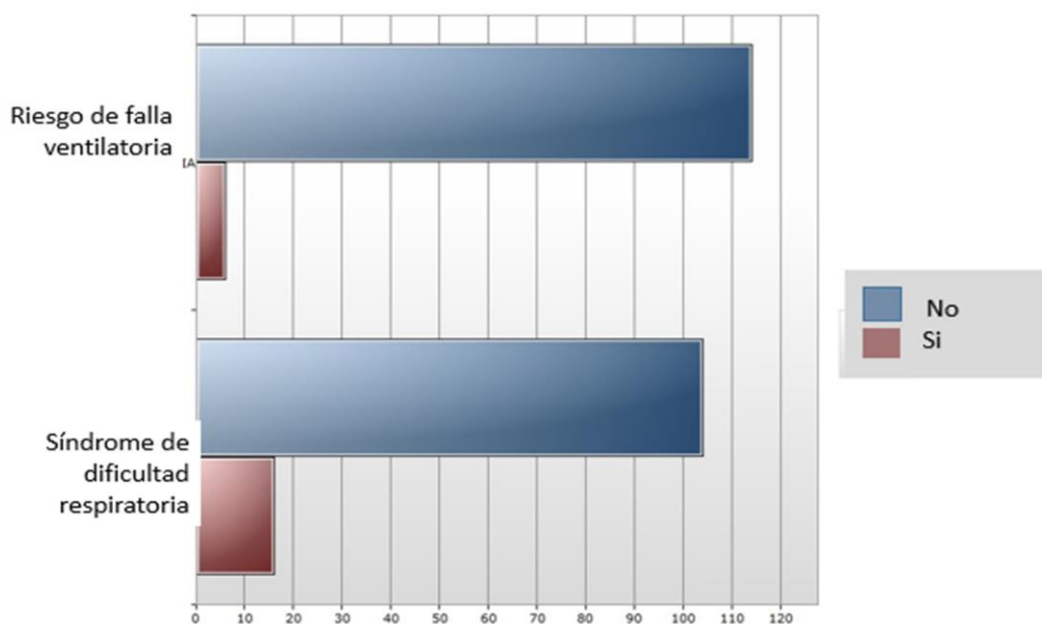
GRÁFICA 6.4. Riesgo neurológico, metabólico y de morbimortalidad de los neonatos de embarazadas venezolanas. Entre 1 de junio a 30 de septiembre del 2018.

El 2,5% de los neonatos presentó riesgo neurológico.
 El 15,8% de los neonatos presentó riesgo metabólico.
 El 2,5% de los neonatos presentó riesgo de morbi-mortalidad.

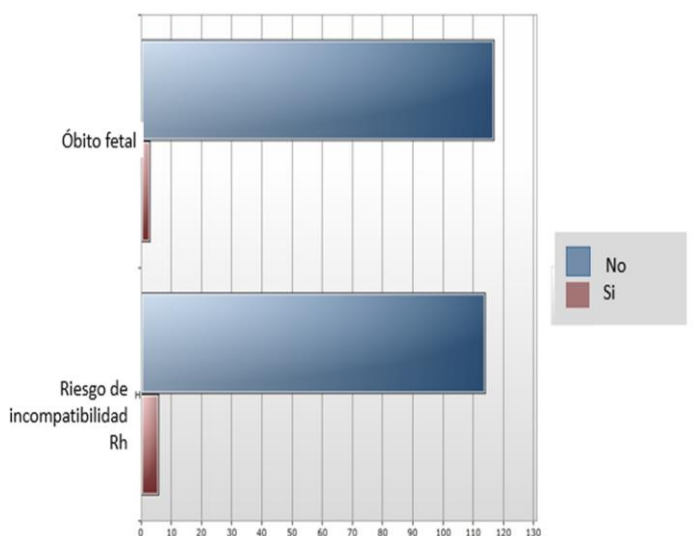


GRÁFICA 6.5 Riesgo de sepsis en neonatos, hijos de migrantes venezolanas entre el período 1 de junio a 30 de septiembre del 2018.

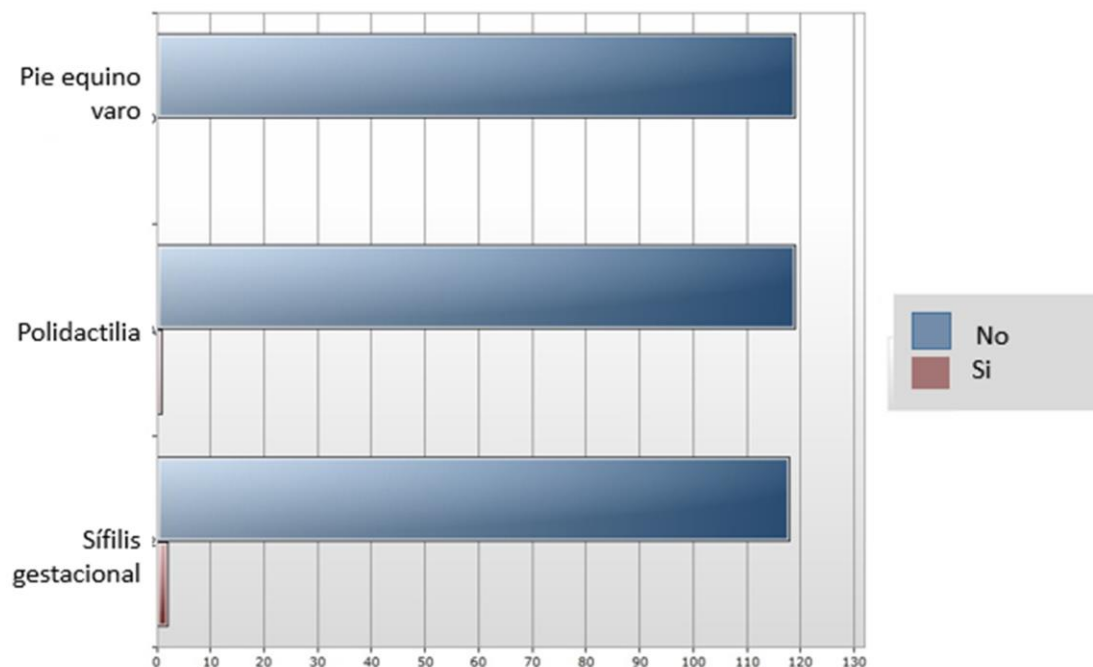
Esta gráfica muestra que en 90 pacientes se presentó el riesgo de sepsis neonatal, es decir, el 75% de los casos y no presentaron este riesgo el 25%.



GRÁFICA 6.6 Riesgo de falla ventilatoria y síndrome de dificultad respiratoria en los neonatos de embarazadas venezolanas. Entre 1 de junio a 30 de septiembre del 2018.
 El 5% de los neonatos presentó riesgo de falla ventilatoria.
 El 13,3% de los neonatos presentó síndrome de dificultad respiratoria.



GRÁFICA 6.7 Producto en óbito fetal y riesgo de incompatibilidad Rh. Entre 1 de junio a 30 de septiembre del 2018.
 El 2,5% de los productos del embarazo fueron óbitos fetales.
 El 5% de las gestantes presentó riesgo de incompatibilidad Rh.



GRÁFICA 6.8 Pie equino varo, polidactilia en neonatos y sífilis gestacional. Entre 1 de junio a 30 de septiembre del 2018. Ninguno de los 120 neonatos presentó pie equino varo. Solo uno de los neonatos presentó polidactilia. Dos de los neonatos presentaron sífilis gestacional.

8. DISCUSIÓN

En Colombia el flujo migratorio con Venezuela se ha incrementado notablemente los últimos años, generando un impacto negativo al sistema de salud. Uno de los grandes componentes de la salud pública lo constituye la morbi-mortalidad materno-perinatal debido a que ocurren con frecuencia muertes por causas prevenibles en el embarazo y el parto. Comúnmente estos casos suceden en países como el nuestro en donde el sistema de salud es precario comparado con el de países desarrollados (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Por tanto, es importante analizar cada uno de los elementos que puedan representar una amenaza para este grupo poblacional, más específicamente a las inmigrantes que no tienen ningún régimen de salud. Es por esto que, esta investigación tuvo como propósito identificar los factores de riesgo a la salud de las embarazadas migrantes venezolanas y su desenlace perinatal.

De los resultados obtenidos en este estudio, se puede decir que la edad gestacional más frecuente al momento del parto fue de 38 a 41 semanas, representando un 63,33% del total de estos, y ≤ 37 semanas el 36,7%. Sin embargo, no se pudo determinar la edad gestacional real a la que ingresaron a control prenatal, debido a que en su gran mayoría las pacientes tenían un control pobre siendo 78,3% las que tenían menos de cinco controles prenatales y el 33,3% sin control prenatal, lo cual no permite una adecuada detección temprana de los factores de riesgo para su oportuna intervención, tal como lo señala el Ministerio de Salud y lo reafirma

la doctora Zulueta⁸ al demostrar que la falta de control prenatal se asocia a un mayor riesgo de morbimortalidad, siendo mayor en las inmigrantes.

Por otro lado, para la determinación de la salud física, se tuvo en cuenta la edad en años de la gestante ya que edades ≤ 15 o ≥ 35 años aumenta el riesgo de complicaciones como parto pretérmino, cesarías, preeclampsia-eclampsia (Kanopa V, 2014) y adicionalmente las edades tardías aumentan la mortalidad materno-perinatal, los defectos congénitos, parto prolongado, etc. (Domínguez, 2009). En este estudio se hallaron un total de 10,8% del total de embarazadas entre estas edades. Esta población, es significativamente vulnerable ya que a ellas se suman otros factores de riesgo que se mencionaran a continuación:

- La incompatibilidad Rh, que es especialmente alarmante en este grupo poblacional, debido a que, 15% desconoce el tipo ABO-Rh el cual es importante ya que ello podría ocasionar fallo multiorganico fetal. También, la aplicación de dosis de tétanos e influenza se desconoce hasta en un 55,8%, lo que es preocupante porque vacunas como la influenza protege hasta en un 40% contra enfermedades respiratorias (CDC, 2019) y la vacuna del tétano hasta los primeros seis meses de vida.
- El 20% de estas mujeres padecía de alguna comorbilidad como diabetes mellitus, hipertensión arterial, alergias, asma y obesidad. Porque se ha demostrado que estos factores están relacionados con aumento del riesgo de restricción del crecimiento uterino, bajo peso al nacer, partos prematuros y macrosomía (NationalInstitute of ChildHealth and Human Development, 2008).

- La gran mayoría las gestantes venezolanas son multíparas con un total de 84 pacientes de 120. Correspondiendo al 70,59% y el 29,41% restante son nulíparas. Se esperaba, como lo sugiere la literatura internacional que el riesgo de cesárea de emergencia es significativamente mayor en las pacientes migrante. No obstante, al estudiar a esta población la vía del parto fue de preferencia vaginal con 62,71% y 37,3% de cesáreas. No obstante, está descrito en la literatura, que las nulíparas tienen mayor riesgo de tener recién nacidos con bajo peso al nacer mientras que las multíparas o gran multíparas tienen tres veces más probabilidad de presentar diabetes mellitus. En contraste, en este estudio se demostró que de los productos de bajo peso al nacer el 31,6% corresponde a nulíparas y en la diabetes gestacional no existía relación entre nulíparas y multíparas.
- En esta población objeto queda evidenciado que casi en su totalidad no presentan pruebas de laboratorio (el 73,33% no tiene serología para toxoplasmosis, el 85,83% no tiene serología para rubeola, el 54,17% de las pacientes no tiene alguna prueba de VIH, el 64,17% del paciente no tiene alguna prueba para VDRL, el 82,5% y, 82,5% no presenta pruebas de laboratorio para parcial de orina y urocultivo, respectivamente, el 90,83% no tiene frotis vaginal y el 99,17% cultivo recto-vaginal, etc.). Otra ayuda diagnóstica del estado de salud fetal durante la gestación es la ecografía y en general la realización de esta es muy poca, denotando claramente un pobre control prenatal. Teniendo en cuenta que las enfermedades infecciosas es uno de los motivos más frecuentes de ingreso a las unidades neonatales, por tanto, es de vital importancia prever posibles complicaciones congénitas fatales.

Es de esperar que se presente complicaciones materno-fetales en cualquier momento de la gestación o el desenlace perinatal. Para efectos de esta investigación, se separaron las complicaciones en: complicaciones maternas ante-parto, intra-parto y post-parto.

- Complicaciones ante-parto, la complicación materna más frecuente fue la anemia con 28,3% de los casos, seguida de la vaginosis con 21,7% y ruptura prematura de membrana con un 13,3%. Qué si bien es cierto se trata de patología de bajo grado de severidad, sino se les interviene oportunamente pueden evolucionar a estadios graves. Lo anterior, coinciden en menor o mayor medida con hallazgos en la literatura.
- Complicaciones intra-parto, la situación que más se repitió fue el desgarro vaginal con 13,3%, el 10,8% presentó líquido amniótico meconiado y el 7,5% de las gestantes presentó circular del cordón umbilical.
- La complicación más frecuente post-parto fue la anemia nuevamente con 10,8%, continuando con 5,8% preeclampsia severa y el 4,2% de las mujeres presentaron trastorno hipertensivo sin clasificar. Probablemente de las mismas mujeres que presentaron antes del parto este aumento en la presión, debido a la igualdad de porcentajes.

Por otro lado, de las consecuencias de un control prenatal pobre, es el desenlace perinatal, que no es más que las condiciones y los efectos con los que nace el neonato. En este estudio evidenciamos un apgar a los 5 minutos entre 7-10 puntos, que corresponde al 96,7% del total, lo cual es un resultado bastante positivo, si denotamos que muchas gestantes no se habían realizado algún control. Un hallazgo interesante y que no se esperaba encontrar, dada a las

condiciones adversas de la materna fue el peso al nacer, con un porcentaje de 82,5% entre 2500-4000 gr, reflejando un buen peso.

A modo de síntesis en nuestro estudio podemos decir que se debe seguir vigilando a estas pacientes debido a que el 22% de los productos neonatales tuvieron riesgos o complicaciones en el embarazo. Siendo el riesgo más común el de padecer sepsis con un 75% de los casos, seguido de sufrir riesgo metabólico con un 15,8% (y otras complicaciones como: riesgo de incompatibilidad Rh 5%, riesgo de neurológico 2,5%, el riesgo de morbi-mortalidad 2,5% y la sífilis gestacional 1,7%). La complicación de más severidad que presentaron estas pacientes fue un desenlace perinatal de óbitos fetales en un 2,5% de los casos.

9. CONCLUSIONES

La presente investigación se concentró en buscar los factores de riesgo asociados a las embarazadas migrantes venezolanas y su desenlace perinatal obteniendo la información por medio de las historias clínicas de estas mujeres en la Clínica Maternidad Rafael Calvo del periodo 01 de junio a 30 de septiembre de 2018. Estas historias fueron analizadas teniendo en cuenta datos de la anamnesis, examen físico, impresiones diagnósticas, análisis y paraclínicos.

Todo esto, con el fin de poder cumplir con cada uno de los objetivos propuestos en la investigación. Es necesario comentar que no se pudo conocer la edad gestacional de ingreso al control prenatal de la embarazada debido al cierre de la historia de la paciente por finalización de su embarazo y, también, porque una gran cantidad de estas pacientes no se realizaron ni un solo control. Asimismo, los factores de riesgos socio-demográficos como el barrio en el que habita y el número de estancia en Colombia no se lograron caracterizar porque no estaban escritos en las historias y/o la confiabilidad era mínima. Sin embargo, los demás objetivos planteados se cumplieron en su totalidad, obteniendo las siguientes conclusiones:

- Los factores de riesgo pueden prevenirse, evitarse y/o controlarse con un excelente sistema de salud que exija a este grupo poblacional realizarse los controles prenatales que sean necesarios para su embarazo.
- La mayoría de las pacientes cursaba con un pobre control prenatal, es decir, que esta gran cantidad de embarazadas se les diagnosticó como un embarazo de alto riesgo (<4 controles prenatales).

- El 70% de las pacientes tenían edades de 20 a 30 años, debido a que en su mayoría son las personas jóvenes quienes salen de su país para hacerse cargo de sus familias. En cambio, un 10,3% del total de la muestra, si pertenecían a edades con mayor riesgo (<15 y >30 años).
- Puesto que en Venezuela no colocan el tipo sanguíneo de los habitantes en sus tarjetas de identificación como se hace en Colombia y que varias de estas mujeres no se realizaron la prueba de hemoclasificación en el embarazo, el 15% de ellas desconocían su tipo sanguíneo ABO y RH.
- La mayoría de las pacientes no se aplicaron las vacunas correspondientes en el embarazo y tampoco se realizaron los exámenes de laboratorios correspondientes, ocasionando casi en la totalidad de ellas, alto riesgo de sepsis.
- Otro de los datos sorprendentes del estudio, fue la nula o mínima realización de las ecografías. Las pacientes no presentaron ultrasonidos o tenían solo una, y esto muy seguramente que al momento de ingresar a la clínica por presencia de actividad uterina, se les debió realizar una ecografía de urgencia.
- De acuerdo a los embarazos anteriores de cada paciente, quedó demostrado que las pacientes venezolanas son más multíparas que nulíparas.
- La edad gestacional al momento del parto fue en las semanas adecuadas en su mayoría, al contrario de lo que podría esperarse visto a los factores de riesgos expuestos anteriormente.

- La vía del parto preferida fue la vaginal con un 62,7% del total. Sin embargo, la cantidad por cesárea sigue siendo bastante alta con un 37,3% teniendo en cuenta que esta forma trata de evitarse lo mayor posible a causa del riesgo que posee.
- De acuerdo a las complicaciones maternas ante-parto, la más frecuente fue anemia, seguida de vaginosis y ruptura prematura de membrana. Que son patologías relacionadas a una mal alimentación e higiene.
- Las complicaciones intra-parto más frecuentes fueron: desgarro vaginal, líquido amniótico meconiado y circular del cordón umbilical. Estas deben atenderse inmediatamente finalizado el parto o en medio de este, como en el caso del circular del cordón.
- Y las complicaciones post-parto más frecuentes fueron la anemia y los trastornos hipertensivos en el embarazo, teniendo en cuenta que estos padecimientos los tenían las mismas pacientes antes del parto.
- Contra todo pronóstico esperado negativo a causa del alto riesgo de estas embarazadas, casi en su totalidad, los nacidos vivos tuvieron un excelente puntaje en el apgar a los 5 minutos.
- El peso al nacer de estos neonatos también fue bastante bueno en un 82,5% de lo que se esperaba.
- De los riesgos esperados en los pacientes por nacer, el más frecuente fue el de sepsis seguido del metabólico y en una menos proporción el neurológico y el de morbi-mortalidad.

- Las consecuencias más graves de estos embarazos fueron los neonatos que nacieron con sífilis neonatal debido a las embarazadas con esta patología y los resultados de óbito fetal a causa del pésimo control en el embarazo.
- Cada una de las complicaciones materno-fetales ocurre por la falta de prevención de las mismas debido al no control del embarazo por los factores socio-demográficos que sufre este grupo poblacional, donde recomendamos una intervención de políticas públicas para promover y mejorar la conducta de las embarazadas migrantes y concientizarlas de su estado de vulnerabilidad.

10. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Cabieses B, Bernales M, Chepo M, Teresa D, Bersano P. Plan de Atención Inicial Integral de Salud de Migrantes Internacionales. Programa de estudios sociales en Salud; 2017: 4-30.
- 2) Belmonte García T, Checa Olmos J, Arjona Garrido Á. Servicios de Salud e Inmigración en Andalucía (España): una mirada desde dentro. Saúde Soc. São Paulo. 2012; XXI, 63-75.
- 3) Torre J, Coll C, Coloma M, Martín J, Padron E, González González N. Control de gestación en inmigrantes; 2016; Anales Sis San Navarra XXIX.
- 4) Vásquez-de Kartzow R, Castillo-Durán C. Embarazo y parto en madres inmigrantes en Santiago, Chile 2012; Revista chilena de pediatría; LXXXIII.
- 5) Piernini C. Acceso a los servicios públicos de salud por parte de mujeres migrantes durante el embarazo y puerperio. La experiencia del personal de un centro de salud en la zona sur de la Ciudad de Buenos. [Internet]. Aacademica.org. 2013. Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social. Sección de Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras VII; 2-20.
- 6) Tenreiro Rodríguez S. La salud de la mujer inmigrante durante el embarazo. Experiencias, sensaciones y diferencias. Facultade de enfermería e Podoloxia Universidade da Coruña. 2013.
- 7) Pérez Ramirez F. Las mujeres inmigrantes y su respuesta psicológica en el puerperio inmediato. Diferencias obstétricas y sociodemográficas; 2011. Departamento de enfermería, Universidad de Granada; 15 – 202.
- 8) Paz Zulueta M. Factores asociados al cumplimiento del protocolo de embarazo en inmigrantes africanas y su repercusión en la morbilidad neonatal en Cantabria. Tdx.cat. 2012.

- 9) BurónPust A. Barreras de acceso de la población inmigrante a los servicios de salud en Catalunya Consorci.org. 2012; 11 - 307
- 10) Zwart, J, Richters, J, Öry, F. Morbilidad materna grave durante el embarazo, el parto y el puerperio en los Países Bajos: un estudio nacional de base poblacional de 371 000 embarazos. BJOG: Una revista internacional de obstetricia y ginecología. 2008; CXV (7), 842-850.
- 11) Maeland KS. Riesgo de complicaciones en el parto en el Grupo 1 de Robson para mujeres no occidentales en Noruega en comparación con mujeres noruegas étnicas: un estudio observacional de cohorte basado en la población. Sexual and Reproductive Healthcare. 2019; (20): 42-45.
- 12) Eline S Vik, Svein A Rasmussen, Rhonda Small, Dag Moster, Erica Schytt and Vigdis Aasheim. Preeclampsia by maternal reasons for immigration: a population-based study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2018; XVIII(423).
- 13) Salvador S, Bertozzi S, Londero AP, Driul L, Da Riol R, Marchesoni D. [Outcome of pregnancy for immigrant women: a retrospective study]. Minerva Ginecol. Agus 2010; LXII (4): 277-85.
- 14) S. Khan, Z. Yao, BR. Shah. Gestational diabetes care and outcomes for refugee women: a population-based cohort study. Diabetic medicine; Agus 2017; XXXIV (11): 1608-1614.
- 15) Dalfrà MG, Ragazzi E, Masin M, Bonsembiante B, Cosma C, Barison A, Toniato R, Fedele D, Lapolla A. Pregnancy outcome in immigrant women with gestational diabetes mellitus. Gynecological Endocrinology. 2010; XXVII (6): 379-83.
- 16) AK J. Adiposity and hyperglycaemia in pregnancy and related health outcomes in European ethnic minorities of Asian and African origin: a review. Food and nutrition. 2013.

- 17) Sampson L, Dasgupta K, Ross NA. The association between socio-demographic marginalization and plasma glucose levels at diagnosis of gestational diabetes. *Diabetic medicine*. 2014; XXXI(12): 1563-1567.
- 18) Wahlberg A, ROOST M, Haglund B, Högberg U, Essén B. Increased risk of severe maternal morbidity (near-miss) among immigrant women in Sweden: a population register-based study. *BJOG*. 2013; CXX(13): 1615-12.
- 19) Marcelo L. Urquia Richard H. Glazier Laust Mortensen Anne-Marie Nybo-Andersen Rhonda Small Mary-Ann Davey. Severe maternal morbidity associated with maternal birthplace in three high-immigration settings. *European Journal of Public Health*. 2015; XXV(4): 620–625.
- 20) Van den Akker T, Van Roosmalen J. Maternal mortality and severe morbidity in a migration perspective. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2016; XXXII: 26-38.
- 21) Cataldo F. Immigration and changes in the epidemiology of hemoglobin disorders in Italy: an emerging public health burden. *Italian Journal of Pediatrics*. 2012 23; 38:32.
- 22) Vigod SN, Bagadia AJ, Hussain-Shamsy N, Fung K, Sultana A, Dennis CE. Postpartum mental health of immigrant mothers by region of origin, time since immigration, and refugee status: a population-based study. *Archives of Women's Mental Health*. 2017; XX(3):439–447.
- 23) L.R R. Detecting antepartum and postpartum depression and anxiety symptoms and disorders in immigrant women: A scoping review of the literature. *Int J Ment Health Nurs*. 2017 ; XXVI(4): 314-325.

- 24) Ganann R, Sword W, Thabane L, Newbold B, Black M. Predictors of Postpartum Depression Among Immigrant Women in the Year After Childbirth. *Journal of Women's Health*. 2016; XXV(2): 155-65.
- 25) Torre J. de la, Coll C., Coloma M., Martín J. I., Padron E., González González N. L. Control de gestación en inmigrantes. *Anales Sis San Navarra* (1): 49-61
- 26) Izquierdo Giannina, Reyes Alejandra, Delpiano Luis, Aravena Marta, Cofré Fernanda, Hernández Mariluz et al. Inmigración e impacto en enfermedades infecciosas del recién nacido. *Rev.Chil. Infectol*. 2017 agosto; XXXIV (4): 374-376.
- 27) Puiggròs MD, Figaró CV, Eseverri L, Costa CJ, BadiaBarnusell. Gestante inmigrante y morbilidad neonatal. *Anales de pediatría*. 2008; LXVIII(6): 596-601.
- 28) Almeida LM , Caldas J , Ayres-de-Campos D , Salcedo-Barrientos D , Dias S. Maternal Healthcare in Migrants: A Systematic Review. *Maternal and Child Health Journal*. 2013; XVII(8): 1346-54.
- 29) Aguilera S, Soothill P. Control prenatal. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2014 noviembre; XXVI(6): 880-86.
- 30) Colciencia, CINETS, Instituto de Evaluación Tecnológica para en Salud. Mini Salud [Online].; 2013. Acceso 20 de Enero de 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Gu%C3%A Da.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf>.
- 31) Ministerio de Salud – Dirección General de Promoción y Prevención. Mini salud. [Online].; 2013. Acceso 20 de Enero de 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/norma-tecnica-para-la-deteccion-temprana-embarazo.pdf>.

- 32) Domínguez R, Herazo Y. Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo. Cartagena (Colombia) 2009. Estudio de corte transversal. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2011; LXII(2):141-147.
- 33) Kanopa V, Cuadro M.N, León A, et al. Hospitalizaciones por ALTE. Centro Hospitalario Pereira Rossell (1/12/2010- 1/12/2011). Revista médica de Uruguay. 2014; XXX (4):218-225.
- 34) Mitsuf MJ, Martínez J, Muñoz M, et al. Influencia de factores socioeconómicos en la evaluación y seguimiento del embarazo. Atención primaria. 1997; XIX(4):157-218.
- 35) Martínez. Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia), 2015. Salud Uninorte. 2016; XXXII(3): 452-460.
- 36) Restrepo A, Restrepo S.L, et al. Factores maternos relacionados con el peso al nacer de recién nacidos a término, Colombia, 2002-2011. Cad. Saúde Pública. 2016; XXXII(11):1-11.
- 37) Zavala A, Ortiz H, Salomon J, et al. Periodo intergenésico: Revisión de la literatura. Rev Chil. Obstet Ginecol. 2018; LXXXIII(1):52-61.
- 38) Sarmiento G.V, Pagola J, Oramas L, et al. Importancia de los antecedentes maternos en el recién nacido bajo peso. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000; XVI(5):502-507.
- 39) Huilca-Briceño Anny. La multiparidad como factor de riesgo de diabetes mellitus gestacional. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2016 ; XLII(1):189-198 .
- 40) Herrear V, Olivia J, Domínguez F. Riesgo reproductivo. En Rigol-Santisteban. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Ciencias Médicas; 2004. p. 23-27.
- 41) Iliá M, Figueras F, Gómez. Medicina Materno Fetal BCN SL. [Online].; 2014. Acceso 22 de febrero de 2019. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/disminuci%C3%B3n%20movimientos%20fetales.pdf>

- 42) Torres S.G. Recursos biblio. Conocimientos de signos de peligro durante el embarazo, parto y puerperio en mujeres en edad fértil y personal de salud. [Online].; 2015. Acceso 22 de Marzo de 2019. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/09/03/Torres-Schirley.pdf>.
- 43) Navarro P. Instituto Bernabeu. [Online]; 2012. Acceso 12 de Marzode 2019. Disponible en: <https://www.institutobernabeu.com/foro/aumento-adecuado-de-peso-durante-el-embarazo-dependiendo-del-peso-previo-materno/>.
- 44) J.A Carvajal RC. Manual de Obstetricia y Ginecología. Octava ed. Carvajal JA, editor.; 2017.
- 45) Inatal.org [Internet]. Barcelona: [actualizado 18 de julio 2018]. Disponible en: <https://inatal.org/el-embarazo/enciclopedia/10-apgar.html>.
- 46) ¿Qué es un parto por cesárea? [Internet]. Www1.nichd.nih.gov. 2019 [Actualizado 19 de mayo 2019]. Disponible en: <https://www1.nichd.nih.gov/espanol/salud/temas/pregnancy/informacion/Pages/cesarea.aspx>
- 47) Cancino E. León H., Otálora R., Pérez González E., Sarmiento R., Yates A. Guía de control prenatal y factores de riesgo [internet]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%201.%20%20CONTROL%20PRENATAL%20Y%20FACTORES%20DE%20RIESGO.pdf>
- 48) Inatal.org [Internet]. Barcelona: [actualizado 18 de julio 2018]. Disponible en: <https://inatal.org/el-embarazo/enciclopedia/43-eclampsia.html>
- 49) Inatal.org [Internet]. Barcelona: [actualizado 18 de julio 2018]. Disponible en: <https://inatal.org/el-embarazo/enciclopedia/44-ecografia.html>
- 50) Inatal.org [Internet]. Barcelona: [actualizado 18 de julio 2018]. Disponible en: <https://inatal.org/el-embarazo/enciclopedia/44-ecografia.html>

- 51) Diccionario de medicina Océano Mosby. Barcelona: Editorial Océano. Embarazo; p. 444
- 52) Perez Porto J., Gardey A. Definiciones.de [internet]. [actualizado en 2018]. Disponible:
<https://definicion.de/emigracion/>
- 53) Perez Porto J., Gardey A. Definiciones.de [internet]. [actualizado en 2009]. Disponible:
<https://definicion.de/inmigracion/>
- 54) Inatal.org [Internet]. Barcelona: [actualizado 18 de julio 2018]. Disponible:
en:<https://inatal.org/el-embarazo/enciclopedia/99-liquido-amniotico.html>
- 55) UNFPA Mexico | Salud Materna [Internet]. Mexico.unfpa.org. 2019 [Actualizado 19 mayo 2019]. Disponible en: <https://mexico.unfpa.org/es/topics/salud-materna>
- 56) Inatal.org [Internet]. Barcelona: [actualizado 18 de julio 2018]. Disponible en:
<https://inatal.org/el-embarazo/enciclopedia.html>
- 57) Inatal.org [Internet]. Barcelona: [actualizado 18 de julio 2018]. Disponible:
<https://inatal.org/el-embarazo/enciclopedia/121-parto.html>
- 58) Inatal.org [Internet]. Barcelona: [actualizado 18 de julio 2018]. Disponible:
<https://inatal.org/el-embarazo/enciclopedia/132-preeclampsia.html>
- 59) Diccionario de medicina Océano Mosby. Barcelona: Editorial Océano. Puerperio; p. 1091
- 60) Diccionario de medicina Océano Mosby. Barcelona: Editorial Océano. Recién nacido; p.

11. ANEXOS

11.1 PRESUPUESTO

PRESUPUESTO GLOBAL (en pesos \$ colombianos)

| RUBROS | FUENTES | | | | Total |
|---|----------------------|---------|---------------------|---------|--------------------|
| | Universidad o Centro | | Otras instituciones | | |
| | Efectivo | Especie | Efectivo | Especie | |
| PERSONAL | \$150,000 | - | \$88,000 | - | \$238,000 |
| EQUIPOS | \$0 | - | \$0 | - | \$0 |
| SOFTWARE | \$0 | - | \$0 | - | \$0 |
| MATERIALES Y SUMINISTROS | \$400,000 | - | \$290,000 | - | \$690,000 |
| SALIDAS DE CAMPO | \$50,000 | - | \$20,000 | - | \$70,000 |
| MATERIAL BIBLIOGRÁFICO | \$0 | - | \$0 | - | \$0 |
| PUBLICACIONES Y REGISTROS DE PROPIEDAD INDUSTRIAL O INTELLECTUAL | \$0 | - | \$0 | - | \$0 |
| SERVICIOS TÉCNICOS | \$89,000 | - | \$50,000 | - | \$139,000 |
| VIAJES | \$600,000 | - | \$300,000 | - | \$900,000 |
| MANTENIMIENTO | \$250,000 | - | \$100,000 | - | \$350,000 |
| TOTAL | \$1,539,000 | - | \$848,000 | - | \$2,387,000 |

11.2 CRONOGRAMA

| ACTIVIDAD | MES | MES | MES | MES | MES | MES | MES | MES | MES | MES | MES | MES |
|---|------|------|------|------|------|------|-----|------|------|------|------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Propuestas para la realización del proyecto | 2018 | | | | | | | | | | | |
| Asesorías metodológicas | 2018 | 2018 | 2018 | 2018 | 2018 | | | 2018 | 2018 | 2018 | 2018 | 2018 |
| Búsqueda de antecedentes. | | | | 2018 | 2018 | | | | | | | |
| Consulta de normativa colombiana respecto al tema (marco legal) | | | | 2018 | | | | | | | | |
| Revisión de fuentes bibliográficas (Marco teórico) | | | 2018 | 2018 | 2018 | 2018 | | 2018 | 2018 | 2018 | 2018 | 2018 |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------|------|------|------|--|--|------|------|------|------|--|
| Ejecución de marco conceptual. | | | | | | | | 2018 | | | | |
| Corrección de título y objetivos. | | 2018 | 2018 | 2018 | | | | | 2018 | 2018 | 2018 | |
| Recolección de información | | | 2019 | 2019 | | | | | | | | |
| Realización de la proyección de los resultados del proyecto | | | | 2019 | | | | | | | | |
| Análisis de la información recolectada | | | | 2019 | 2019 | | | | | | | |
| Elaboración del documento final | | | | | 2019 | | | | | | | |
| Entrega del documento final al tutor encargado | | | | | 2019 | | | | | | | |