

**PERCEPCIÓN DE LAS JOVENES EMBARAZADAS SOBRE
LAS FORMAS DE PARTO NATURAL Y QUIRÚRGICO
ATENDIDAS EN DOS IPS DE PRIMER NIVEL VALLEDUPAR
2025**

PALMA LOPEZ SHARICK JULIANA

**UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE INSTRUMENTACIÓN QUIRURGICA
VALLEDUPAR
2025**

**PERCEPCION DE LAS JOVENES EMBARAZADAS SOBRE LAS FORMAS
DE PARTO NATURAL Y QUIRURGICO ATENDIDAS EN DOS IPS DE PRIMER
NIVEL VALLEDUPAR 2025**

PALMA LOPEZ SHARICK JULIANA

**Proyecto de investigación presentado con el fin de optar al título de
Instrumentador Quirúrgico**

Asesor de Trabajo de Grado

SARA MILENA GARCIA ANAYA

Instrumentadora Quirúrgica

Esp. Pedagogía Ambiental

Mag. Pedagogía Ambiental para el Desarrollo Sostenible

UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE INSTRUMENTACIÓN QUIRURGICA

VALLEDUPAR

2025

NOTA DE ACEPTACION

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Valledupar, (mes) (día) de (año)

DEDICATORIAS

Más gracias sean dadas a Dios, que nos da la victoria por medio de nuestro señor Jesucristo, quien ha guardado mi vida y salud para poder cumplir su propósito en mí. A mis padres quienes me otorgaron el poder estar hoy aquí, por instruirme en el camino de los principios que han forjado mi valor como persona y han sido la base para formar en mí un buen futuro profesional. A mi gran familia por el acompañamiento en todo el proceso con su amor y cuidados para ayudarme a superar las adversidades presentadas. A mi universidad por brindarme la oportunidad de estar rodeada de unos excelentes docentes y un plantel educativo con las condiciones favorables para mi aprendizaje. A mis compañeros los cuales han estado a mi lado para compartir la alegría, pero también las lágrimas de los momentos no tan buenos de la vida y apoyarnos para seguir luchando cada uno por nuestros anhelados sueños. Gracias a todos los que han aportado para alcanzar este logro.

AGRADECIMIENTOS

Con un profundo reconocimiento agradezco a Dios, el autor de mi historia, por darme la bendición de experimentar la vida universitaria, por dotarme de la sabiduría y la gracia necesaria para dirigir cada paso que daba aún con temores, pero teniendo la confianza plena en él; por las fuerzas que recibí para nunca pensar en rendirme y alcanzar la meta trazada.

A la Universidad Popular del Cesar por disponer del programa de Instrumentación Quirúrgica el cual nos permite servir a la humanidad desde una profesión cálida, honesta y empática, proporcionando integralidad a la salud y bienestar del prójimo.

*Gracias a mis padres **Yadira López** y **Gilberto Palma**, por entregarme las herramientas para enfrentar la vida, su dedicación y esmero para guiar mi caminar y el voto de confianza que depositaron para ver materializado quizás uno de sus más grandes sueños.*

*A mis hermanas **Shirley Palma** y **Shaired Palma**, por estar conmigo cada día, animando mi fe y regalándome cada palabra de amor que dio fruto de perseverancia.*

A los amigos que la vida me ha regalado cruzándolos en mi camino, por sus oraciones y abrazos llenos de fuerza y valentía.

*Expreso con mucha estima agradecimientos a mi asesora de proyecto de grado, la docente **Sara García**, por su inestimable guía y dirección, quien con sus observaciones y constructivos fue participe en la consolidación y enriquecimiento de esta investigación.*

Finalmente, agradezco a todos y cada uno de los que contribuyeron a este viaje académico.

CONTENIDO

Resumen.....	i
Abstract.....	ii
Introducción.....	10
1. Planteamiento del Problema.....	15
1.1 Descripción del Problema.....	15
1.2 Formulación del Problema.....	16
2. Justificación.....	17
3. Propósito.....	19
4. Objetivos.....	20
4.1 Objetivo General.....	20
4.2 Objetivos Específicos.....	20
5. Línea de Investigación.....	21
6. Factibilidad y Delimitación.....	22
6.1 Factibilidad.....	22
6.2 Espacio y Tiempo Geográfico.....	22
7. Marco Teórico.....	24
7.1 Marco Conceptual.....	24
7.2 Antecedentes y/o Arte de la Investigación.....	26
7.2.1 Antecedentes Internacionales.....	26
7.2.2 Antecedentes Nacionales.....	27
7.3 Bases Teóricas.....	29
7.3.1 El Parto.....	29
7.3.1.1 Tipos de Parto.....	29
7.3.1.2 Etapas del Parto.....	30
7.3.1.3 Indicaciones del Parto Vaginal.....	32
7.3.1.4 Complicaciones del Parto Vaginal.....	32
7.3.2 Clasificación de Cesárea.....	33
7.3.3 Indicaciones de Cesárea.....	33
7.3.3.1 Indicaciones Maternas.....	34

7.3.3.2 Indicaciones Fetales.....	35
7.3.3.3 Indicaciones Ovulares.....	36
7.3.3.4 Indicaciones Materno-Fetales.....	36
7.3.4 Complicación de Cesárea.....	37
7.4 Practicas de Cuidado de las Gestantes.....	39
7.5 Marco Legal.....	43
8. Diseño Metodológico.....	46
8.1 Tipo de Estudio.....	46
8.2 Población.....	46
8.3 Muestra.....	46
8.4 Variable.....	47
8.5 Unidad de análisis.....	47
8.5.1 Criterios de Inclusión.....	47
8.5.2 Criterios de Exclusión.....	48
8.6 Técnica de obtención de la información.....	48
8.6.1 Fuentes primarias.....	48
8.6.2 Fuentes Secundarias.....	48
8.7 Análisis y presentación de la Información.....	49
8.7.1 Análisis de la Información.....	49
8.7.2 Presentación de la Información.....	49
8.7.3 Difusión de la Información.....	49
8.8 Aspectos Éticos.....	49
9. Resultados y Presentación de la Información.....	51
10. Conclusiones.....	113
11. Recomendaciones.....	116
Referencias.....	117
Anexos.....	121

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Edad.....	51
Tabla 2 Nivel de escolaridad.....	53
Tabla 3 Estrato económico.....	55
Tabla 4 Ocupación.....	57
Tabla 5 Procedencia.....	60
Tabla 6 Estado de gestación.....	62
Tabla 7 Asistencia a control.....	64
Tabla 8 Frecuencia de asistencia control.....	66
Tabla 9 Consumo de frutas.....	68
Tabla 10 Consumo de verduras.....	70
Tabla 11 Consumo de proteínas.....	72
Tabla 12 Ingesta de suplementos o vitaminas.....	74
Tabla 13 Esquema de vacunación.....	76
Tabla 14 Actividad física.....	78
Tabla 15 Actividad física que realizan.....	80
Tabla 16 Prácticas de estimulación prenatal.....	83
Tabla 17 Practicas de higiene y aseo personal.....	86
Tabla 18 Conocimiento de tipos de parto.....	88
Tabla 19 Conocimiento etapas del parto.....	90
Tabla 20 Etapas del parto.....	92
Tabla 21 Conocimiento clasificación de la cesarea.....	94
Tabla 22 Clasificación del parto quirúrgico.....	96
Tabla 23 Indicaciones del parto vaginal.....	99
Tabla 24 Indicaciones del parto quirúrgico.....	102
Tabla 25 Complicaciones del parto vaginal.....	106
Tabla 26 Complicaciones del parto quirúrgico.....	109

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Grafica 1 Edad.....	51
Grafica 2 Nivel de escolaridad.....	53
Grafica 3 Estrato económico.....	55
Grafica 4 Ocupación.....	57
Grafica 5 Procedencia.....	60
Grafica 6 Estado de gestación.....	62
Grafica 7 Asistencia a control.....	64
Grafica 8 Frecuencia de asistencia control.....	66
Grafica 9 Consumo de frutas.....	68
Grafica 10 Consumo de verduras.....	70
Grafica 11 Consumo de proteínas.....	72
Grafica 12 Ingesta de suplementos o vitaminas.....	74
Grafica 13 Esquema de vacunación.....	76
Grafica 14 Actividad física.....	78
Grafica 15 Actividad física que realizan.....	80
Grafica 16 Prácticas de estimulación prenatal.....	83
Grafica 17 Practicas de higiene y aseo personal.....	86
Grafica 18 Conocimiento de tipos de parto.....	88
Grafica 19 Conocimiento etapas del parto.....	90
Grafica 20 Etapas del parto.....	92
Grafica 21 Conocimiento clasificación de la cesarea.....	94
Grafica 22 Clasificación del parto quirúrgico.....	96
Grafica 23 Indicaciones del parto vaginal.....	99
Grafica 24 Indicaciones del parto quirúrgico.....	102
Grafica 25 Complicaciones del parto vaginal.....	106
Grafica 26 Complicaciones del parto quirúrgico.....	109

LISTA DE FIGURAS**Pág.****Figura 1.** Ubicación Geográfica Hospital Eduardo Arredondo Daza, sede San Martín 22**Figura 2.** Ubicación Geográfica Hospital Eduardo Arredondo Daza, sede Rafael Valle Meza

..... 23

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1 Instrumento Para La Recolección De Datos.....	121
Anexos 2 Cuadro De Operacionalización De Variables.....	129

Resumen

La siguiente investigación esta encaminada a valorar la percepción de las jóvenes gestantes sobre los tipos de parto natural-quirúrgico, partiendo de los objetivos específicos: Caracterizar socio demográficamente según la edad, nivel de escolaridad, estrato económico, ocupación, lugar de procedencia y número de hijos a la población de jóvenes embarazadas atendidas en dos IPS de primer nivel en Valledupar, Identificar las prácticas de cuidado de las gestantes que influyen en el tipo de parto natural- quirúrgico e Indagar acerca del conocimiento de las indicaciones y complicaciones del parto natural y quirúrgico.

La metodología de la presente investigación responde a un estudio descriptivo porque buscó dar detalles de las condiciones físicas generales y socioeconómicas que contribuyen en la elección de un tipo de parto, así mismo es cuantitativo dado que el proyecto tuvo el análisis de variables basado en la medición numérica de opiniones, creencias o conocimientos, a través de una encuesta estructurada con escalas de respuestas y prospectivo ya que se diseñó antes de y se realiza un seguimiento a un grupo de individuos a lo largo de un periodo de tiempo para observar los resultados y predecir los factores que influyen en la elección del tipo de parto. Por su parte, la población encuestada estuvo integrada por 100 jóvenes embarazadas mayores de 18 años de edad, en dos sedes del Hospital Eduardo Arredondo Daza en la ciudad de Valledupar (sede Rafael Valle Meza y sede San Martin); posterior al proceso de recolección y procesamiento de datos estadísticos, las conclusiones reflejan que el desconocimiento de los tipos de parto genera desventajas para las madres primigestantes ya que la desinformación en cuanto a las correctas indicaciones para un parto natural o quirúrgico, los posibles riesgos presentes en ellos y las complicaciones derivadas no estarían siendo prevenibles a la hora del nacimientos de los bebés.

Teniendo en cuenta lo anterior, se recomienda fortalecer la educación prenatal a todas las jóvenes gestantes atendidas en las instituciones de salud para minimizar la carencia de conocimiento relacionado con los tipos de parto y preveer las consecuencias bajo el uso de la autonomía y el reconocimiento razonable de cualquier circunstancia presentada durante el proceso de embarazo que incida en el parto.

Palabras claves: embarazo, IPS, parto natural, parto quirúrgico, percepción, Valledupar.

Abstract

The following research aims to assess the perceptions of young pregnant women regarding natural and surgical births, based on the following specific objectives: To characterize the population of young pregnant women cared for at a primary health care provider in Valledupar, demographically, by age, education level, economic status, occupation, place of origin, and number of children; to identify the care practices of pregnant women that influence the type of natural or surgical birth; and to investigate their knowledge of the indications and complications of natural and surgical births. The methodology of this research responds to a descriptive study because it seeks to give details of the general physical and socioeconomic conditions that contribute to the choice of a type of delivery, likewise it is quantitative since the project will have the analysis of variables based on the numerical measurement of opinions, beliefs or knowledge, through a structured survey with response scales and prospective since it is designed before and a group of individuals is followed up over a period of time to observe the results and predict the factors that influence the choice of the type of delivery. For its part, the surveyed population was made up of 100 pregnant young women over 18 years of age, in two locations of the Eduardo Arredondo Daza Hospital in the city of Valledupar (Rafael Valle Meza headquarters and San Martin headquarters); After collecting and processing statistical data, the conclusions reflect that lack of knowledge about the types of birth creates disadvantages for first-time mothers, as misinformation regarding the correct indications for natural or surgical birth, the potential risks involved, and the resulting complications are not preventable at the time of birth.

Considering the above, it is recommended that prenatal education be strengthened for all young pregnant women treated in health institutions to minimize the lack of knowledge related to the types of birth and to anticipate the consequences through the use of autonomy and reasonable recognition of any circumstances that arise during pregnancy that impact the delivery.

Key words: pregnancy, IPS, natural birth, surgical birth, perception, Valledupar.

Introducción

Se entiende por percepción a la imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades. Es el resultado de un proceso de selección, interpretación y corrección de sensaciones, que permite contrastar un estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecue o no a la persona. Universidad de Murcia, España. (s/f).

La percepción de las usuarias jóvenes acerca del parto natural y quirúrgico está influenciada por diversos factores: el acceso a información y consejería, el trato recibido, la posibilidad de estar acompañadas, las creencias culturales, el temor a complicaciones, así como la confianza en la capacidad resolutoria del servicio de salud. Comprender estas percepciones resulta fundamental para orientar estrategias de educación prenatal, mejorar la experiencia de la atención y fortalecer la confianza en el sistema de salud.

Es probable asociar la elección del parto vaginal o quirúrgico al desconocimiento de los procesos en cada uno de ellos, sin embargo, se hace indispensable indagar de manera profunda y específica todas las posibles falencias que repercuten en la elección de una gestante, siendo este un tema complejo se hace necesario apoyarse en antecedentes o bases teóricas que lo sustenten, comparando los resultados o conclusiones previos para anunciar los hallazgos relacionados al contenido de estudio de esta investigación.

La investigación tiene como propósito conocer la percepción sobre el tipo de parto en las jóvenes embarazadas atendidas en dos IPS de primer nivel de la ciudad de Valledupar con el fin de brindar información contextual a partir de la caracterización sociodemográfica, valorando las prácticas de cuidado y los conocimientos sobre indicaciones y complicaciones de estos procedimientos.

1. Planteamiento del Problema

1.1. Descripción del Problema

Con el transcurrir del tiempo la decisión de las jóvenes en cómo dar a luz a un bebé se torna cada día en un dilema, ¿Qué es mejor?, ¿el parto es doloroso?, ¿la cesárea es peligrosa?; éstos y muchos interrogantes más surgen para ellas. Este proceso las involucra no solo a ellas, sino al futuro padre, familia y al médico especialista que hace el seguimiento durante todo el embarazo y que probablemente sea quien esté en el alumbramiento. Por eso, en muchas ocasiones quieren conocer la experiencia de otras mujeres, la opinión de su pareja y las recomendaciones del ginecólogo(a).

En las últimas décadas, el parto por cesárea ha sobrepasado los límites recomendados por la OMS (Organización Mundial de la Salud), en el año 2022 la tasa de cesáreas en Colombia fue del 47,39%, muy superior a la tasa global de 18,6%. Los departamentos con mayores tasas de cesáreas fueron Sucre, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Atlántico, Córdoba y Magdalena. La mayor incidencia de cesáreas ocurrió en madres de 20 a 24 años, con gestaciones entre las semanas 38 y 41, y en madres con educación media y básica secundaria. del Portillo, V. C., & Jaraba, Z. M. L. (2024). De este artículo realizado entre 2013 y 2022 podemos inferir que las tasas más altas de cesáreas están presentes en la región Caribe. De lo cual aparecerían preguntas como ¿Qué piensan las jóvenes sobre el parto vaginal? ¿la elección de la cesárea tendrá que ver con un aspecto cultural?, o ¿la desinformación, el miedo al dolor y sugestión acompañan la elección del tipo de parto? (OMS 2022).

Por otro lado, en el país de Nigeria por las dudas sobre la seguridad de la cirugía y por factores religiosos y sociales, dar a luz por cesárea supone un estigma para la madre; tanto así que muchas mujeres se resisten a aceptar la cesárea u ocultan cuando se someten a una. Este estigma se debe a la creencia de que el parto vaginal forma parte de la condición de mujer mientras que las cesáreas no, una idea que es común también en países como Reino Unido. Y en Nigeria esta idea se ve reforzada por la religión: para las mujeres cristianas dar a luz por vía vaginal como una "mujer hebrea" es un signo de fortaleza. Bryce y Wana Udobang, E. (2019, julio 29).

Observando el panorama a nivel nacional e internacional, se puede evidenciar que parte de la contrariedad es originaria de las ideas y conceptos que durante años se ha manejado con relación

al parto. Mientras algunas mujeres desean dar a luz por parto natural las condiciones de salud del feto o de ellas mismas se lo impide, entre tanto hay otras que por desconocimiento están descartando esta opción para inclinarse al parto por cesárea guiadas de una preferencia personal y no porque haya necesidad de realizársele dicho procedimiento. “Es importante que todas las mujeres puedan hablar con los proveedores de atención médica y ser parte de la toma de decisiones sobre el nacimiento del bebe, recibiendo información adecuada, incluidos los riesgos y beneficios. El apoyo emocional es un aspecto fundamental de la atención de calidad durante el embarazo y el parto”, Pilar Betran A, oficial médica de la OMS y HRP (2021).

Las cifras y tasas de morbilidad y mortalidad dejan en manifiesto la importancia de hacer un alto y cuestionar si la vida y la salud seguirán viéndose afectadas por el desconocimiento, siendo importante valorar la condición no solo físicamente sino mental de una mujer para dar a luz, la brecha de comunicación entre proveedores de salud y las gestantes; a su vez los costos adicionales para el sistema de salud si estas requieren más atención y tratamiento para complicaciones del parto. A partir de esta problemática, se requiere realizar investigaciones que apunten a conocer la percepción de jóvenes gestantes atendidas en dos IPS de primer nivel en el municipio de Valledupar, durante el año 2025, basándose inicialmente en sus características sociodemográficas, identificación de las prácticas de cuidado de las gestantes partiendo de la influencia cultural en la toma o en la elección del tipo de parto que finalizara con el análisis del conocimiento de las indicaciones y complicaciones del parto natural/quirúrgico.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuál es la percepción que tienen las jóvenes embarazadas atendidas en dos IPS en Valledupar con respecto a las formas de parto?

2. Justificación

En Colombia actualmente según el Ministerio de Salud y la Protección Social se presenta la problemática relacionada con la salud sexual y reproductiva, ya que las mujeres, especialmente aquellas que viven en países en desarrollo, sufren de forma desproporcionada complicaciones durante el embarazo y el parto, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, violencia sexual y de género, y otros problemas relacionados con la salud reproductiva. Según la OMS en Colombia se han sobrepasado los límites recomendados presentándose una tasa de cesáreas del 47,39% superando la tasa global del 18,6%. Si bien el Cesar no se encuentra resaltado en los departamentos con mayores tasas de cesáreas prevalece la tendencia dado a la cercanía y la influencia cultural. Ministerio de Salud (2015).

La experiencia de una cesárea es muy diferente a la de un parto vaginal, aunque la idea de presentar a uno como mejor opción que el otro puede ir detrás de impulsores como la política y el financiamiento del sector salud, algunas normas culturales y prácticas, pero que entonces pueden desencadenar altas tasas de nacimientos prematuros y baja calidad en atención a complicaciones fetales/maternas.

Según la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología las frecuencias de parto por cesáreas entre 1998 y 2020, arrojando que la proporción de cesáreas en 1998 fue de 25,7%, en 2015 se incrementó a 46,4% y para el año 2020 descendió 44,6%. En las IPS publicas paso de 26,2 a 42,9% para el año 2014 y en las instituciones privadas de 45,0 a 57,7% para el año 2013. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología (2023).

Puesto que el aumento de la decisión de la escogencia del tipo de parto es un tema internacional ligado a muchos factores tales como los biológicos de la mujer, las prácticas reproductivas, la cultura y los determinantes sociales en su entorno, es importante conocer que instrucciones, costumbres, normas o tradiciones están encaminando a las jóvenes gestantes a elegir en mayor instancia el parto quirúrgico, resaltando que “las cesáreas son un procedimiento quirúrgico esencial que puede salvar la vida de la madre y su bebe, así como también puede ponerlos en riesgo innecesario cuando especialmente se realiza sin una necesidad médica” explica el Dr. Ian Askew, director del Departamento de Salud e Investigación Sexual y Reproductiva de la OMS. Askew (2021).

La OMS hace algunas recomendaciones sobre los cuidados esenciales que deben tenerse en cuenta durante el parto y que garantice una experiencia positiva a la madre en donde esto incluye

dar a luz a un bebe en un ambiente sano y seguro desde el punto de vista clínico y psicológico. Contar con el apoyo práctico y emocional es decir asistida por personal médico amable con las técnicas adecuadas.

El desarrollo de este tema aporta en el mejoramiento al acceso y la calidad de atención en la salud dado que brinda información necesaria y valiosa para las jóvenes que pronto tendrán que decidir el tipo de parto que desean tener.

A partir de lo descrito, el estudio indaga la percepción de las jóvenes embarazadas sobre las formas de parto natural y quirúrgico que son atendidas en dos IPS de primer nivel en Valledupar. Donde los modelos y estudios anteriormente realizados son bases de hallazgos que muestran los factores existentes y predominantes en el desconocimiento y la toma de decisiones.

La presente investigación se fundamenta en la promoción de la salud materna, con el propósito de identificar las necesidades y preferencias de las gestantes, así como de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad en esta población. Se busca, además, brindar a las mujeres la oportunidad de tomar decisiones informadas respecto a su salud y a las modalidades de parto.

Entre los beneficios de este estudio se destacan la disminución de la ansiedad y el temor en las gestantes, lo que repercute en una experiencia de parto más satisfactoria; el fortalecimiento de la comunicación entre las pacientes y las instituciones de salud; y la generación de insumos para el diseño de programas y políticas que garanticen una atención materna de calidad. Estos logros se sustentan en el papel determinante del instrumentador quirúrgico en la asistencia quirúrgica y en la prevención de complicaciones durante el parto quirúrgico.

Finalmente, la investigación aporta evidencia científica sobre las percepciones y el nivel de conocimiento de las mujeres frente a las diferentes formas de parto, lo que tiene un impacto positivo en la salud de las gestantes y de sus familias.

3. Propósito

La maternidad es un viaje poderoso de la vida, un reconocimiento a la capacidad de transformación del cuerpo para albergar la vida de otros y otras; a través de ese dialogo molecular entre los sueños y las expectativas, transcurren nuestras primeras lecciones de lo que será el mundo. Cuidar tu vientre, tus emociones, tus hábitos son parte del acunar la vida cada día. (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.).

La investigación tiene como propósito conocer la percepción sobre el tipo de parto en las jóvenes embarazadas atendidas en dos IPS de primer nivel de la ciudad de Valledupar con el fin de brindar información contextual a partir de la caracterización sociodemográfica, valorando las prácticas de cuidado y los conocimientos sobre indicaciones y complicaciones de estos procedimientos, para complementar el aprendizaje significativo, entendiendo que la percepción parte de las creencias, hábitos, mitos, valores y principios que nacen en el núcleo familiar, que trascienden al círculo social, relejándose en el mejoramiento de las prácticas de cuidado materno-infantil, que reducirán las probabilidades de complicaciones y los trastornos emocionales como la depresión postparto, beneficiando las políticas públicas que sustentan el bienestar de la mujer y del recién nacido.

Un aporte a futuro sería la creación de programas educativos en particular a la población joven en embarazo, que estén ajustados a su nivel de conocimiento y de comprensión; que fomente la inclusión de la pareja o acompañante en el proceso de parto.

4. Objetivos

4.1. Objetivo General

Evaluar la percepción de las jóvenes embarazadas sobre las formas de parto natural y quirúrgico que son atendidas en dos IPS de primer nivel en Valledupar.

4.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar socio demográficamente según la edad, nivel de escolaridad, estrato económico, ocupación, lugar de procedencia y número de hijos a la población de jóvenes embarazadas atendidas en dos IPS de primer nivel en Valledupar.
- Identificar las prácticas de cuidado de las gestantes que influyen en el tipo de parto natural- quirúrgico.
- Indagar acerca del conocimiento de las indicaciones y complicaciones del parto natural y quirúrgico.

5. Línea de Investigación

Esta investigación está enmarcada en la línea de **SALUD PÚBLICA** bajo la sublínea de **“Educación para la Salud”** debido a que se cimienta en el cuidado y la promoción de la salud en cuanto a los problemas de la población, dado que este estudio busca evaluar la percepción de las gestantes en cuanto al conocimiento de las formas de parto natural y quirúrgico, prácticas de cuidado, indicaciones y posibles complicaciones que generen un riesgo para la salud del recién nacido y/o la madre.

7. Marco Teórico

7.1 Marco Conceptual

Atención médica: Se refiere a la prestación de servicios y cuidados de salud física, mental y social, así como en el bienestar a individuos, familias, comunidades y poblaciones. Vives, JA (2023, 14 de marzo).

Características sociodemográficas: Son el conjunto de características biológicas, socioeconómicas culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles. Juárez, A. O. R. (s/f).

Cesárea: Es una técnica quirúrgica que se practica para extraer al bebé y a la placenta del útero materno, cuando por alguna razón el parto vaginal no es posible. Natalben. (04 julio 2017).

Cesárea previa: Implica que la mujer posee una cicatriz en el útero y que por tanto al no estar “íntegro” debe ser cuidado de forma especial. Mueller, A. (2012, marzo 6).

Cirugía: Se utiliza para referirse a cualquier intervención de tipo quirúrgica con fines de restablecer la estructura y función de alguna parte del cuerpo o simplemente para la extirpación de alguna porción con la intención de devolver el estado de salud a un individuo. Rodríguez, D. (2021, 4 de junio).

Complicaciones: Agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado. complicación. Diccionario médico. (s/f).

Cuidado prenatal: Es recibir el cuidado durante el embarazo, incluye exámenes, monitoreos y evaluaciones. Cuidado Prenatal. (s/f). Uillinois.edu.

Cultura: Es el conjunto de conocimientos, creencias, arte, moral, leyes, costumbres y cualquier otra capacidad o hábito adquirido por el ser humano como miembro de una sociedad. (S/f). Economíapedia.com.

Distocia del trabajo de parto: Los problemas con la evolución del trabajo de parto incluyen una primera etapa prolongada (dilatación o abertura del cuello del útero prolongada) o

una segunda etapa prolongada (tiempo prolongado de pujar después de la dilatación cervical completa). Cesárea. (s/f). Mayo Clinic.

Embarazo múltiple: Significa que una mujer tiene dos o más bebés en el útero. Un embarazo de gemelos o más se considera de alto riesgo. Gemelos o más bebés. (s/f). Cigna.com.

Evaluar: Estimar los conocimientos, aptitudes, apreciar, calcular el valor de algo. (S/f). Rae.es.

Hidrocefalia congénita: Es el resultado de una interacción compleja de factores genéticos y ambientales durante el desarrollo del feto. Schlegel, I. (2021, julio 12).

Indicaciones: Denominación genérica de la actuación que el médico estima más conveniente en una situación dada; puede tratarse de una prueba diagnóstica o de un tratamiento. indicación. Diccionario médico. (s/f).

Instrumentador quirúrgico: Es un profesional de la salud que participa como parte del equipo asistencial en operaciones de diversas disciplinas gestionando el uso de las diferentes herramientas que requiera el cirujano. Página de detalle de noticias de Red de Portales. (s/f).

Parto vaginal: Es el paso del feto y la placenta (alumbramiento) desde el útero a través del canal del parto y la abertura vaginal. Manuales, M. S. D. (2021, agosto 2). El útero, el cuello uterino y el canal cervical.

Percepción: Se puede definir como el reconocimiento e interpretación de la información sensorial, también incluye cómo se responde a la información y se convierte en algo significativo. Percepción: Definición, Tipos, Etapas, Factores Que Lo Afectan Y Más. (2017, 11 de diciembre).

Posición inusual: Bebés cuyos pies o glúteos ingresan primero en el canal del parto (presentación podálica) o bebés cuyos costados u hombros ingresan primero (presentación transversa). Cesárea. (2022, agosto 11). Mayo Clinic.

Prácticas: Se refiere a una forma de aprendizaje basada en la experiencia. Abarca la acción deliberada y repetida de una actividad. UniProyecta. (2022, 28 de septiembre).

Prolapso de cordón umbilical: se produce cuando el cordón umbilical se introduce en el canal del parto por delante o al lado de la parte fetal presentada.

Heavey, E., & Maher, M. D. (2016).

Sufrimiento fetal: Una frecuencia cardíaca anormal del bebé.

Sufrimiento fetal. (s/f). Manual MSD versión para público general.

7.2. Antecedentes y/o Estado del Arte Investigativo

En el desarrollo de esta temática se han realizado múltiples investigaciones que buscan identificar la percepción y /o conocimientos de las mujeres gestantes sobre los tipos de partos y los factores que influyen en su elección.

7.2.1. Antecedentes Internacionales

Alarcón R, Agripina G, 2017, En su estudio realizado en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2017 Perú, titulado “conocimientos, estrategias en la atención del parto y práctica de la lactancia materna en púerperas atendidas en el hospital regional docente de Cajamarca” que tuvo como objetivo identificar y analizar conocimientos y estrategias relacionados con el parto y la lactancia materna. La población estuvo conformada por 82 gestantes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia Por parto eutócico en el período de octubre y diciembre del año 2017. Las prácticas de lactancia materna, la mayoría se realizaron mal el mayor porcentaje corresponde a la edad de 36 años de las pacientes, el nivel de educación que obtiene la mayoría de las embarazadas es secundaria cursada completa, amas de casa y que provienen de zonas urbanas. se concluyó un nivel de conocimiento malo con una mala práctica al momento de amamantar.

Crespo-Antepara, Delia Narcisa, 2018, publicó en la Revista científico - profesional en formato digital, perteneciente a la Casa Editora del Polo, de Manta, Ecuador; un estudio con el nombre “percepción sobre el parto en libre posición y el horizontal en mujeres que asisten al Centro de Salud de Biblián, 2018” un trabajo de revisión cuyo objetivo de la investigación fue determinar la percepción sobre el parto en libre posición y el horizontal en mujeres que asisten al Centro de Salud de Biblián 2018. El tipo de estudio fue observacional, comparativo, transversal. La población estuvo conformada por 160 mujeres que asisten al Centro de Salud de Biblián. El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario contentivo de 18 preguntas cerradas validadas previamente por Calderón y col. (2008). Los resultados encontrados han dado cuenta de que el 75% de las entrevistadas desconocen el parto vertical; posterior al parto, lo perciben como más rápido (93,8% vs 75%), más cómodo (63,8% vs 72,5%) y menos doloroso (62,5% vs 81,3%) el parto vertical; la mayoría de las mujeres con parto vertical tuvo la satisfacción de ver la salida de su bebé (96,3% vs. 42,5%) y la mayoría de las mujeres de ambos grupos recomendaría el parto vertical (81,9% de las 160 mujeres). Conclusiones: El parto vertical ofrece ventajas significativas frente al parto horizontal, ofreciéndole a la parturienta un expulsivo más corto, menos doloroso, más cómodo y más satisfactorio.

Por su parte Barreto R, Carmen S, 2020, Del mismo modo en junio se publicó en España "Efectos del yoga durante el embarazo sobre el tipo de parto y el momento del parto". El parto es un factor de influencia física, dinámica y fisiológica, psicológica y emocional. El yoga, una práctica que involucra cuerpo y mente, puede proporcionar una perspectiva global sobre las necesidades de los primeros años de vida. OBJETIVO: Comparar los resultados del embarazo y el parto entre mujeres que practicaron yoga prenatal y aquellas que siguieron un programa prenatal regular, que incluía clases teóricas y prácticas. Se estudiaron 90 mujeres embarazadas, divididas en dos grupos de 45, que asistieron a al menos ocho sesiones. Se recopilieron datos sobre su perfil sociodemográfico, peso, antecedentes reproductivos y actividad física previa al embarazo, además de los resultados maternos y neonatales. Se usaron análisis estadísticos para comparar los resultados de ambos grupos.

Barrera, B.G., Cucoch, P.R., et al. (2022).

Percepción de las vías del parto de mujeres en edad reproductiva: una revisión de la literatura, tuvo como finalidad explorar la percepción de mujeres en edad reproductiva con respecto a las vías del parto reportada en la evidencia disponible. El método utilizado fue una revisión sistematizada de artículos en las bases de datos PubMed, SciELO, SCOPUS, Web of Science, LILACS, Cochrane Library y Biblioteca Virtual de Salud. La búsqueda se realizó entre agosto y noviembre del año 2020. Dentro de los resultados se constató la preferencia de la vía vaginal sobre la cesárea. Además, se evidenciaron factores que influyen en el proceso, tales como miedo, experiencia previa, influencia de terceros, religión, cultura, nivel socioeconómico y zona demográfica. Como conclusión la evidencia revisada sugiere que las mujeres prefieren la vía del parto vaginal sobre la cesárea, siendo el miedo el factor más influyente al momento de su elección, seguido por los factores asociados a experiencias previas, el nivel socioeconómico y las creencias.

7.2.2. Antecedentes Nacionales

Iniciando con el estudio de Castillo P, Et al., 2017, titulado “Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca, Colombia: tensiones, subordinación y diálogo intercultural entre dos sistemas médicos”. Este texto publicado en SciELO - Scientific Electronic Library Online (Biblioteca Científica Electrónica en Línea), busca profundizar en la comprensión de los elementos que conforman la relación entre las madres Nasa y Misak del Cauca y los servicios de salud materna, tanto tradicionales como occidentales, a través de un enfoque cualitativo que combina el modelo de construcción de sentido con la teoría fundamentada. Se examinó cómo cada sistema de

salud define la salud, la enfermedad y la maternidad, lo cual se refleja en sus prácticas y cuidados, siendo el parto el momento de mayor tensión. Se han detectado patrones de interacción entre ambos sistemas médicos. El sistema tradicional, con un desarrollo limitado y una creciente pérdida de valores culturales, y el sistema occidental, que carece de servicios culturalmente apropiados, dejan a las madres en una situación de incertidumbre donde no pueden llevar a cabo sus prácticas tradicionales ni acceder a los servicios del sistema occidental.

El estudio titulado: Epidemia de cesáreas en Colombia: percepciones del personal de salud involucrado en la atención del parto en Bogotá, Medellín y Barranquilla, Entre 2000 y 2015, el número de nacimientos por cesárea en Colombia casi se duplicó, lo que ha llevado a muchos a calificarlo como una epidemia. Este aumento no siempre se basa en criterios clínicos, sino que a menudo responde a incentivos económicos, como las tarifas más altas para cesáreas en comparación con los partos. Un estudio cualitativo en Barranquilla, Bogotá y Medellín, que incluyó 33 entrevistas con profesionales de la salud, reveló que los mecanismos de pago son una de las principales causas de cesáreas innecesarias. Los participantes señalaron que el enfoque en el evento obstétrico, en lugar del proceso, contribuye a la falta de atención adecuada. Esto resulta en cesáreas que pueden ser innecesarias, tanto en el sector público como en el privado. Para abordar este problema, es necesario revisar las tarifas y los mecanismos de remuneración en la atención obstétrica, ya que las auditorías o segundas opiniones por sí solas no serán suficientes para frenar el aumento de cesáreas en Colombia. (Torre A, Amaila P, 2021).

Según El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el parto humanizado respeta los derechos de las madres, los niños y sus familias, considerando su etnia, religión y nacionalidad, y apoyando decisiones informadas. También se reconoce que la violencia obstétrica y la violación de derechos sexuales afectan la percepción de la atención en el trabajo de parto y el posparto.

Basándose en ello, se realizó un trabajo titulado “Percepción y conocimiento de las púrpas sobre sus derechos referente al parto humanizado” el cual tuvo por objetivo evaluar cómo perciben las púrpas sus derechos sobre el parto humanizado, basado en una revisión de literatura. La metodología se realizó en base a un estudio descriptivo entre septiembre de 2022 y abril de 2023, analizando 21 artículos sobre las experiencias de las gestantes; los resultados

encontraron una relación entre la percepción de las puérperas y la violencia obstétrica. Las intervenciones del personal de salud afectan esta percepción, destacando 10 artículos sobre humanización, 14 sobre experiencias de puérperas, 1 sobre autonomía y 3 sobre la cultura del parto. Finalmente, la conclusión fue que las percepciones son diversas, pero reflejan cómo las puérperas son influenciadas por factores internos y externos de las instituciones, así como por su contexto cultural y socioeconómico, afectando su percepción de la vulnerabilidad de sus derechos durante el parto y el posparto. (Narváez G, Et al., 2023).

7.3 Bases Teóricas

Con referente a las teorías existentes que son el faro que sustenta y justifica la investigación a desarrollar, se encuentran:

7.3.1. El Parto

Es definido como un proceso fisiológico mediante el cual se presentan una serie de contracciones uterinas rítmicas, que van avanzando de forma progresiva y que provocan que el feto descienda por el cuello uterino y baje hasta el canal de parto vaginal hacia el exterior. Dicho procedimiento corresponde a un evento especial en la vida de la madre que ocurre generalmente a final de la gestación y simboliza el inicio de una nueva vida. Paredes, L. A. Z., & Fiallos, C. M. S. (2022).

Del mismo modo, se entiende que el parto es una fase natural que ha ido avanzando a lo largo del tiempo, inicialmente el trabajo de parto era guiado por las matronas y parteras en casa, las cuales se desempeñaban como ayuda durante el parto, sin embargo, debido al aumento en la tasa de mortalidad materno-infantil este evento se trasladó a las instituciones prestadoras de servicios de salud, con el objetivo de ayudar a disminuir la muerte de las madres y fetos durante el desarrollo del parto. Carla Muñoz, Y. C. (2018).

7.3.1.1 Tipos de Partos

Dentro de esta clasificación se distinguen dos tipos, dentro de ellos se menciona el parto vaginal o normal y el parto por cesárea.

Parto Vaginal. Se materializa cuando el feto es expulsado por el cérvix hasta el canal del parto y finalmente hacia el exterior a través de la vagina de la madre. Dentro de esta se desprenden unos subtipos, que van relacionados con el desarrollo en el transcurso del trabajo de parto. Como se mencionó con anterioridad, el parto normal es aquel que inicia de forma instantánea, se desarrolla y culmina sin ninguna complicación para la madre y el feto, por lo

tanto, no es necesaria ningún tipo de ayuda, excepto por guiar a la madre en dicho proceso. Macías, M., Et al. (2018).

Por otro lado, existe el parto vaginal instrumentado: este también inicia de forma instantánea, sin embargo, debido a alguna dificultad, como por ejemplo gran tamaño en el feto o dificultad para extraer al mismo, es necesario implementar ayudas como el uso de espátulas o ventosas, bajo la premisa de preservar la vida del niño y disminuir el sufrimiento de la madre en el desarrollo del trabajo de parto. Ferrero, S. (2020).

Parto por Cesárea. Se realiza cuando la madre debe ser intervenida quirúrgicamente para poder extraer al feto, este tipo de parto se realiza a través de una incisión a nivel abdominal la cual ayuda a exponer el útero, el cual también es incidido cuidadosamente para educir al niño, este acontecimiento se efectúa en aquellos casos donde la madre es portadora de enfermedades de transmisión sexual, por la presencia de anomalías pélvicas, acretismo, diabetes gestacional, sufrimiento fetal, entre otras. Sin embargo, este procedimiento solo se recomienda en casos excesivamente necesarios, ya que conlleva a un riesgo para la madre, por la posibilidad de contraer infecciones intra hospitalarias, así como también implica una recuperación más lenta y un periodo post quirúrgico con dolores. Ramos, R., Et al. (2020).

Por otro lado, también se evidencia la siguiente clasificación: parto pre término que se efectúa antes de la semana 37 de gestación, parto a término se da entre las semanas 37-42, y por último parto post termino, que como su nombre lo indica se produce después de la semana 42 de gestación. Del mismo modo, se presenta la clasificación según el inicio, donde se indica que se clasifica en parto espontáneo y parto inducido, el segundo se realiza con ayuda farmacología que hace que se dé inicio o que aumenten las contracciones uterinas en la madre. Jiménez Carrasco, R. S. (2020).

7.3.1.2. Etapas del Parto

Se divide en tres, aunque en algunas literaturas se menciona una cuarta etapa, estas son las siguientes:

Primera Etapa. Borramiento y dilatación: Suele ser la etapa más larga, con un periodo de tiempo de aproximadamente 24 horas. Comienza con las contracciones uterinas regulares dando paso a la dilatación del cérvix hasta llegar al punto ideal, es decir 10 Cm. Dentro de esta también se desglosan tres fases nombradas latencia, activa y transición. Barboza, VA (2022).

En la fase de latencia, se caracteriza por ser de progresión lenta, su inicio se da cuando aparecen las contracciones regulares hasta que el cuello uterino alcanza los 4 centímetros de dilatación. Comprende el borramiento, poca dilatación y sobre todo poco descenso del feto. Barboza, VA (2022).

Secuencialmente, da paso a la fase activa, categorizada por contracciones fuertes y más largas que la fase anterior, la intensidad de esas suele ser variante, con valores que van desde la intensidad moderada a fuerte. En este momento la dilatación del cérvix debe llegar a máximo 7 centímetros para dar inicio al descenso fetal. Barboza, VA (2022).

La última fase que corresponde a esta etapa lleva por nombre transición, a diferencia de las anteriores está, aunque es lenta es mucho más fuerte, lo cual implica la dilatación completa del cuello uterino, es decir, 10 centímetros y por ende descenso completo. Barboza, VA (2022).

Segunda Etapa. Nacimiento: se identifica por la presencia de contracciones fuertes y prolongadas de 50 a 70 segundos cada 2 o 3 minutos, es importante destacar que desde la fase de transición que es donde se completa la dilatación hasta el momento de expulsión del feto puede transcurrir aproximadamente 1 hora.

En este proceso los músculos del abdomen comienzan a trabajar, es decir cuando las contracciones se hacen presentes la madre siente la necesidad de pujar con fuerza. Barboza, VA (2022).

Paralelamente, se presentan tres fases, que son:

Latencia: es un periodo de tiempo en donde la mujer se encuentra calmada, y no se ha hecho presente la necesidad de pujar.

Descenso: da paso a la estimulación de los reflejos de Ferguson en el suelo pélvico de la madre lo que índice a la urgencia intensa de pujar.

Por último, Transición, cuando ya se siente un poco de presión en el perineo por efectos de la expulsión del feto, los esfuerzos de pujo son rítmicos y más eficaz para lograr el correcto nacimiento del feto. Barboza, VA (2022).

Tercera Etapa. Alumbramiento: se produce después del nacimiento del feto, se distingue de las demás etapas debido a que en esta se debe expulsar la placenta, el tiempo estimado varía desde los 3 minutos hasta 1 hora.

Cuando finalizan más contracciones uterinas intensas, producen que las vellosidades fibrosas, es decir los puntos de inserción de la placenta se contraigan y se fragmenten, lo que

conlleva a la ruptura entre la placenta y la capa basal del endometrio, dando lugar a la expulsión de la misma. Barboza, VA (2022).

7.3.1.3 Indicaciones del Parto Vaginal

La inducción del trabajo de parto es un procedimiento recomendado para pacientes con un alto riesgo de continuar su embarazo en lugar de finalizarlo. Es por esto, que la inducción electiva de parto vaginal merece una evaluación por separado, ya que puede ser considerada válida bajo ciertos criterios: cuando el embarazo ha alcanzado su término, presentación cefálica, estado de salud fetal adecuado, si la paciente se encuentra en un lugar remoto donde el traslado aumenta el riesgo, o por decisión personal de la paciente, quien deberá firmar un consentimiento en el que se le informen las ventajas y posibles complicaciones de este procedimiento. Hernández A, Et al., (2017).

7.3.1.4 Complicaciones de Parto Vaginal

“El Trabajo de Parto no Progresa. A veces, las contracciones se debilitan, el cuello uterino no se dilata lo suficiente o de manera oportuna, o el descenso del bebé al canal de parto no se realiza sin problemas. Si el trabajo de parto no progresa, un proveedor de atención médica le puede dar medicamentos a la mujer para aumentar las contracciones y acelerar el trabajo de parto, o la mujer puede necesitar un parto por cesárea.

Desgarros Perineales. Es probable que la vagina de una mujer y los tejidos circundantes se rasguen durante el proceso de parto. A veces estos desgarros sanan por sí solos. Si un desgarro es más grave o si la mujer ya ha tenido una episiotomía (un corte quirúrgico entre la vagina y el ano), su proveedor de atención médica ayudará a reparar el desgarro con puntos de sutura.

Problemas con el Cordón Umbilical. El cordón umbilical puede quedar atrapado en un brazo o pierna a medida que el bebé se mueve a través del canal de parto. Por lo general, un proveedor de atención médica interviene si el cordón se enrolla alrededor del cuello del bebé, se comprime o sale antes que el bebé.

Frecuencia Cardíaca Anormal del Bebé. Muchas veces, una frecuencia cardíaca anormal durante el trabajo de parto no significa que haya un problema. Es probable que un proveedor de atención médica le pida a la mujer que cambie de posición para ayudar al bebé a obtener un mayor flujo de sangre. En ciertos casos, como cuando los resultados de las pruebas muestran un problema mayor, el parto deberá ocurrir de inmediato. En esta situación, es más probable que la mujer

necesite un parto por cesárea de emergencia o que el proveedor de atención médica deba realizar una episiotomía para ampliar la abertura vaginal para el parto.

La Fuente se Rompe de Manera Prematura. Por lo general, el trabajo de parto comienza por sí solo en las 24 horas posteriores a la rotura de la fuente. De no ser así, y si el embarazo está cerca o a término, el proveedor de atención médica probablemente induzca el trabajo de parto. Si se rompe la fuente antes de las 34 semanas de embarazo, se supervisará a la mujer en el hospital. La infección puede convertirse en una preocupación importante si se rompe la fuente de manera prematura y el trabajo de parto no comienza por sí solo.

Asfixia Perinatal. Esta condición ocurre cuando el feto no recibe suficiente oxígeno en el útero o el bebé no recibe suficiente oxígeno durante el trabajo de parto o parto o justo después del nacer.

Distocia de Hombros. En esta situación, la cabeza del bebé ha salido de la vagina, pero uno de sus hombros se ha atascado.

Sangrado Excesivo. Si el parto causa un desgarro en el útero, o si el útero no se contrae para liberar la placenta, se puede producir un sangrado abundante. En todo el mundo, este tipo de sangrado es una de las principales causas de muerte materna⁹. El NICHD ha apoyado estudios para investigar el uso de misoprostol para reducir el sangrado en el contenido de inglés, en especial en entornos de escasos recursos.” Flickr, S. en. (s/f).

7.3.2. Clasificación de Cesárea

Igualmente, que, con los tipos de partos vaginales, el parto quirúrgico contiene una gran clasificación la cual consta de:

7.3.2.1 Según Antecedentes Obstétricos de la Madre: está hace referencia al historial que tenga la madre con respecto a la realización de este procedimiento, su distribución está dada de la siguiente manera:

Cesárea Primaria. Hace referencia al hecho de ser la primera vez que se le realiza este procedimiento a la madre.

Cesárea Iterativa. Como su nombre lo indica, se trata de aquellas madres que ya han sido sometidas a dicha intervención quirúrgica dos o más veces.

Cesárea Previa. Aquellas pacientes que han sido intervenidas con anterioridad, en un periodo de tiempo relativamente corto. Condori, R. Z. (2021).

7.3.2.2 Según Indicaciones: en esta asignación hace alusión a la elección de la cesárea, es decir, basándose en las complicaciones que se pueden producir durante el trabajo de parto, o en su defecto por decisión de la gestante.

Urgente: es realizada con el objetivo de realizar y prevenir las complicaciones materno-fetales que se pueden generar, también se deben tener en cuenta las indicaciones para llevar a cabo la elección de este procedimiento. Se realiza en aquellas mujeres en los que existe la posibilidad de pérdida o quebranto en el bienestar del feto, o en donde se ve comprometido la vida de la madre. Programa Nacional de Salud de la Mujer. Norma Técnica y Administrativa Monitoreo y Vigilancia de la indicación de cesárea. Ministerio de Salud. (2021).

Electiva: se define como cesárea programada, se ejecuta antes de que la madre inicie la labor de parto, al igual que la anterior se deben tener en cuenta las indicaciones. Condori, R. Z. (2021).

Esta se da en aquellos casos en donde las indicaciones permiten planificarla con anticipación, dentro de ellas está presentación de tronco, podálica, presencia de placenta previa, mujeres gestantes que sean portadoras de VIH, Macrosomía fetal, entre otros. Programa Nacional de Salud de la Mujer. Norma Técnica y Administrativa. (2021).

7.3.2.3 Según la Incisión Uterina: como se mencionó anteriormente, la cesárea es una intervención quirúrgica en la cual se realiza una incisión abdominal y una incisión en el útero (histerotomía) para poder extraer al feto, se pueden emplear diferentes cortes para llevar a cabo este objetivo:

Corporal o Clásica: suele ser la más usada, se basa en la realización de una incisión en forma vertical en el segmento superior del útero.

Vertical Baja o Segmento Corporal (Tipo Beck): a diferencia de la anterior, la incisión en esta se realiza en la parte del segmento inferior, como su nombre lo indica, de forma vertical.

Transversal Baja o Segmento Arciforme: se realiza un colgajo vesical, para luego incidir de forma transversal en el segmento inferior del útero. Condori, R. Z. (2021).

7.3.3. Indicaciones de Cesárea

Las recomendaciones a tener en cuenta, se clasifican en absolutas y relativas y estas depende de la magnitud de los riesgos materno-perinatales como causal de una cesárea.

Indicaciones Absolutas: son aquella cuya única solución es la realización de dicho procedimiento, para evitar complicaciones en la madre y el feto.

Indicaciones Relativas: se toman en cuentas varias opciones, dentro de ellas la realización de la cesárea, al igual que la anterior se deben tener en cuenta los riesgos materno-infantiles, se debe pensar cuidadosamente cual opción elegir.

Dentro de las indicaciones médicas para realizar una cesárea se producen por diversas causas, ya sean maternas, fetales, oculares o materno-fetales. Toledo,. M. A. (2024).

7.3.3.1. Indicaciones Maternas: hace referencia a aquellas patologías que tiene la madre, que pueden representar un riesgo para su vida y la del feto durante la labor de parto.

Distocia Ósea: modificación del mecanismo de parto debido a una transformación en la forma, tamaño e inclinación de la pelvis ósea materna, lo cual representa un riesgo a la hora del descenso del feto. Condori Huaynapata, R. Z. (2021).

Distocia Dinámica: anomalía en las contracciones uterinas, siendo demasiado débiles para irrumpir con la resistencia de los tejidos blandos y óseos, por ende, dificulta la profesión en la labor de parto. Condori Huaynapata, R. Z. (2021).

Distocias de Partes Blandas: presencia de anomalías, tumores, malformaciones uterinas que impidan el correcto descenso del feto a través del cérvix. Condori Huaynapata, R. Z. (2021).

Tumores Previos: sobretodo tumores en la región pélvica o en cualquiera de las capas que conforman el útero de la materna. Condori Huaynapata, R. Z. (2021).

Cesárea anterior: hace referencia al historial de antecedentes de la madre en donde se indique si se le fue practicada una cesárea hace poco, es importante mencionar que siempre y cuando no se presenten los mismos riesgos que en la intervención quirúrgica anterior la primera opción siempre será parto vaginal normal. Condori Huaynapata, R. Z. (2021).

También, aquellas mujeres quienes han sido sometidas a dos o más cesáreas, o con una cesárea menos a 18 meses de realización, suele ser indicios de que el útero no se encuentra en condiciones para ser sometidos a un parto vaginal, ya que podría presentarse una ruptura uterina. Rodríguez,. P., A., Et al., (2023).

Preeclampsia: se define como un trastorno hipertensivo que se desarrolla después de la primera mitad del periodo gestacional, en algunos casos se puede presentar en el post parto, vinculado a proteinuria más más disfunción orgánica. Calvo, J. P., Et al., (2020).

Tuberculosis Pulmonar Grave: es una patología infecciosa que afecta gravemente los pulmones y es producida por *Mycobacterium tuberculosis*.

Enfermedades Infecciosas o de Transmisión Sexual: en aquellos casos donde esté presente el riesgo de transmisión de la madre al feto, tal es el caso de pacientes portadoras del virus de inmunodeficiencia adquirida, que no hayan tenido tratamiento retroviral, son candidatas a realizarse una cesárea. Huilca, A., Et al. (2023).

Patologías Establecidas: aquellas enfermedades que tenga la madre y que no sean debidamente controladas, tal es el caso de la diabetes mellitus, patología que si no se mantiene bajo estricto cuidado y atención se puede convertir en un factor predisponente para la adquisición de otras condiciones maternas que pueden dar lugar a una cesárea, debido al compromiso vital, dentro de estos se haya la asociación con trastornos hipertensivos durante el periodo de gestación. Eshetu B., Et al. (2022).

7.3.3.2. Indicaciones Fetales

Distocias de la Presentación Fetal: anomalías en la posición del feto, en algunos casos suele estar en presentación pelviana, de nalgas o en presencia de asinclitismo, por ende, dificulta el paso del feto a través del canal vaginal y sobretodo pone en riesgo la vida del feto. Condori Huaynapata, R. Z. (2021)

Macrosomia Fetal: se da cuando el feto presenta un peso igual o superior a los 4.000 gramos, lo cual significa un obstáculo para dar paso a la realización del parto por vía vaginal, en caso de que se realice dicha acción podría provocar desgarros en la madre o en su defecto, lesiones fetales. Peña Salas M, Escibano, C., M., Et al., (2021).

Distocia del Producto Fetal: comprende la del tronco y transversa, en otros casos se incluye la podálica, lo que imposibilita el parto vaginal normal, en estos casos la opción más viable es llevar a cabo una cesárea de manera urgente, con el fin de disminuir los riesgos de morbilidad del feto. Huilca, A. Et al., (2023).

Sufrimiento Fetal Agudo: está condiciona una alteración en la fisiología del feto produciendo daños o lesiones, en algunos casos estas solo se dan en periodos de tiempos cortos, sin embargo, sin el debido cuidado y atención a este sufrimiento fetal, puede ocasionar la muerte del bebé, en la peor de los casos. Condori Huaynapata, R. Z. (2021).

Embarazo múltiple: se debe al desarrollo de dos o más fetos en el útero de la madre. Condori Huaynapata, R. Z. (2021).

Enfermedad Hemolítica Fetal Grave: también es conocida como eritroblastosis fetal, esta patología se identifica como un trastorno en el cual la madre produce ciertos anticuerpos durante el periodo de gestación que atacan los glóbulos rojos del feto, se suele hacer presente cuando la madre y el feto difieren en su tipo de sangre. Condori Huaynapata, R. Z. (2021).

7.3.3.3. Indicaciones Ovulares

Desprendimiento Prematuro de la Placenta: conlleva a la realización de cesáreas de urgencias, ya que suele ser causante de hemorragias durante el parto, del mismo modo puede influir en complicaciones de la madre tales como desorden en la coagulación, y con respecto al feto, puede ocasionar hipoxia o su muerte. Erazo, F., Et al. (2022).

Placenta Previa: en esta patología la placenta se inserta en el segmento inferior del útero, lo que produce un taponamiento, que puede ser parcial o total. Esto se traduce en la imposibilidad de ejecutar un parto vaginal, debido a que pueden llevarse a presentar alteraciones que aumenten el sangrado, lo que pone en peligro el bienestar tanto de la madre como del feto. Bermúdez, R., A., Et al., (2021).

Prolapso del Cordón Umbilical: es indicación para efectuar una cesárea de urgencia, se debe actuar rápidamente, debido a que ocasiona severas complicaciones fetales, sobretodo en embarazos múltiples o siameses. Sinchitullo, C., A., Et al., (2020).

7.3.3.4. Indicaciones Materno-Fetales:

Desproporción Céfalo- Pélvica: se describe como un aumento de tamaño excesivo en el feto, de manera parcial o total, por otro lado, se puede presentar una deformación o estrechez en la pelvis de la materna. Condori Huaynapata, R. Z. (2021).

Trabajo de Parto Disfuncional: sucede cuando la labor de parto se ve obstruida y dificultada bien sea por falta de dilatación de manera progresiva o en su defecto problemas en el descenso del feto. Condori Huaynapata, R. Z. (2021).

7.3.4. Complicaciones de Cesárea.

Debido a que la cesárea es un procedimiento quirúrgico presenta ciertas complicaciones, que pueden ser tanto maternas como fetales, dependiendo del tiempo en el que se presenta la complicación puede ser intraoperatorio o postoperatorio.

7.3.4.1. Complicaciones maternas

Son aquellas acciones que ponen en riesgo el bienestar de la madre, y por ende del feto, como se mencionó con anterioridad puede ser intraoperatorio o posquirúrgica. Cunningham F., Et al. (2019).

7.3.4.2. Complicaciones intraoperatorias

En el transcurso en el que se realiza la intervención se pueden presentar ciertos inconvenientes, el más frecuente de ellos suele ser las hemorragias intraoperatorias, que se pueden producir por:

Trauma: daño en el tracto genital, lesiones en vejiga o uréteres, dependiendo de que tanto se extiende la incisión hacia la parte inferior, del mismo modo si el corte se extiende hacia el área superior puede producir daños en el ligamento ancho y las arterias uterinas. En casos extremos en donde no se pueda controlar el sangrado luego de realizar la embolización de las arterias uterinas, se tiene como opción realizar una histerectomía. Herrera Flores, B. J. J. (2024).

Atonía uterina: se describe como una falta de contractibilidad de las paredes del útero, se hace notable luego del alumbramiento de la placenta y en el postparto inmediato, sus signos son: sangrado abundante y aumento en el tamaño del útero. Instituto Nacional Materno Perinatal. (2018).

Además, suele presentarse con mayor frecuencia en aquellas maternas con embarazos múltiples o intentos fallidos de parto vaginal en el cual se le administró oxitocina durante un periodo prolongado de tiempo. Vidal Fernández, D., F., Et al. (2018).

Para ayudar a mejorar esta complicación se sigue un plan, el cual da inicio con hemostasia en los vasos uterinos, las arterias hipogástricas o embolización selectiva de las arterias. Herrera Flores, B. J. J. (2024). Otro plan de manejo es insertar un balón de bakri o en su defecto usar una sutura de B-Linch para hacer compresión mecánica en el útero. Wallis K., (2023).

Desgarros uterinos: se presenta en aquellas maternas que tienen antecedentes de cesárea previa o cirugía pélvica previa, sin embargo, se puede realizar el reparo con una sutura que sea fuerte y mantenga el tejido unido. Herrera Flores, B. J. J. (2024).

Shock hipovolémico: se le llama así cuando se genera una disminución en el volumen sanguíneo, lo que desencadena por una inadecuada perfusión aguda producido por un

desequilibrio que conlleva a una hipoxia tisular y a una disfunción de órganos vitales. Instituto Nacional Materno Perinatal. (2018).

Laguado N, Meza A, et al. (2011) publicó en la revista ciencia y cuidado el artículo “Factores maternos y fetales que inducen a un parto por cesárea “La pasada investigación fue un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo en pacientes gestantes que se practican una cesárea, en el cual se buscó identificar los factores maternos y fetales que inducen a la práctica de esta intervención quirúrgica y la caracterización socioeconómica de estas mujeres. Los investigadores elaboraron un instrumento el cual fue validado mediante prueba de expertos y la muestra estuvo constituida por 93 gestantes que se sometieron a una cesárea. Las edades en la que las mujeres más se realizan una cesárea es entre los 20 y 22 años, el nivel socioeconómico más frecuente es el estrato 2, el factor materno más encontrado es el de cesárea electiva y la evidencia de infección intrauterina (Toxoplasmosis) es el factor fetal más encontrado. (Rubia N, Maureira L, 2015)

La teoría de Paterson y Zderad: aplicabilidad humanística en el parto normal se refiere a la comunicación directa del equipo quirúrgico con la paciente, inspirar confianza, ser empáticos y contribuir a la aceptación de cambios. Se trató de un estudio bibliográfico, que exploró, describió y mostró resultados indicando que la teoría humanística fortalece la identidad del profesional de la salud y su capacidad de reflexión acerca del cuidado o trato hacia la dignidad de la parturienta, que brinda una asistencia segura y eficaz.

7.4 Prácticas de Cuidado de las Gestantes

En 2019, se realizó un trabajo investigativo sobre el conocimiento, aceptación del embarazo y prácticas de autocuidado en gestantes adolescentes, en el cual se describe el autocuidado como aquellas prácticas o hábitos que son desarrolladas y aprendidas por los seres humanos con la finalidad de regular los factores que pueden ser perjudiciales para su salud, encaminándose a mantener el beneficio de la vida y bienestar de los mismos. En este orden de ideas mencionan que las prácticas de autocuidado están relacionadas con la cultura en la cual se desempeñen. En este mismo estudio se destacan diversas prácticas de autocuidado que deben ser implementadas por las gestantes, dentro de las cuales se mencionan las siguientes: asistir de manera rigurosa a los controles prenatales, mantener una alimentación adecuada y sobretodo balanceada, realizar actividad física moderada, procurar mantener una higiene adecuada, y esforzarse por mantener un equilibrio entre el sueño y el descanso. Pastor Urquiaga, K. J., & Sánchez Palacios, S. T. (2019).

Los controles prenatales son de gran importancia, estos son descritos como la evaluación integral de la gestante y del feto, deben realizarse antes de cumplir la semana 14, estos son útiles para la detección temprana y oportuna de signos de alerta, complicaciones y por ende brindarle solución a cualquier hallazgo, la asistencia se efectúa mensualmente a excepción del último trimestre, ya que en estos la asistencia debe ser más frecuente a dichas evaluaciones. Según el doctor Carlos Alvarado del Instituto Especializado Materno Perinatal, cuando no se cumple a cabalidad con estos controles se corre el riesgo de retrasar el diagnóstico o retardar la detección de complicaciones que puede presentar tanto el feto como la madre, tal es el caso de las infecciones urinarias que no son detectadas a tiempo y conducen a una septicemia, o también la preeclampsia y otras enfermedades complejas que suelen presentarse en la gestación. MINSA. (2016).

El Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en su Manual para la atención alimentaria y nutricional a embarazadas en hogares maternos hace mención a las necesidades nutricionales que tienen las embarazadas, indican los requerimientos alimenticios durante las diferentes etapas de gestación, en el primer trimestre el cual se caracteriza por el crecimiento fetal rápido, es importante asegurar un aporte de nutrientes alto y de calidad, ya que cualquier déficit de nutrientes puede generar alteraciones irreversibles en el feto, del mismo modo en el segundo trimestre el feto continua creciendo, debe cumplirse con un aporte calórico más alto ya que en esta fase se establecen los depósitos grasos que en el futuro serán indispensables para asegurar la lactancia materna, para terminar, en el tercer trimestre aumentar la demanda calórica y de nutrientes debido a que asimismo incrementa el consumo de energía porque el peso del feto es más elevado. Como se ha mencionado con anterioridad la ingesta de proteínas es crucial, por lo cual las gestantes deben consumir un 50% de proteína en forma animal, con respecto a las grasas el 60% debe ser de origen vegetal, el porcentaje de carbohidratos que deben consumir las madres es del 75% en forma de carbohidratos complejos tales como frijoles y hortalizas; paralelamente las vitaminas y minerales son valiosos para una alimentación equilibrada, las vitaminas cumplen primordialmente la función catalítica, siendo esencial para el correcto metabolismo de otros nutrientes que ayudan a mejorar el bienestar biológico y por su parte los minerales se definen como micronutrientes que son necesarios pero en pequeñas cantidades, tienen la capacidad de contribuir al progreso y conservación de los huesos, los dientes, los músculos y el cerebro. UNICEF. (S/F).

Adicionalmente, las gestantes sufren cambios físicos y fisiológicos, como por ejemplo aumento del flujo vaginal, sudoración y constantes ganas de miccionar, lo cual hace más frecuente

las infecciones urinarias, por eso se recomienda ducharse con jabones con PH neutros que sean compatibles con el PH vaginal de las madres, así como también el uso de cremas hidratantes en las partes del cuerpo que tienden a estirarse un poco durante el embarazo, así mismo se sugiere el uso de calzado y vestimenta cómoda, para evitar varices y presiones demasiado altas en el abdomen y piernas. Alcolea, S., y Mohamed, D. (2016).

Bocanegra, P. y Migdolia, B. (2016) El estudio titulado “Prácticas de cuidado y su influencia durante la gestación” la cual menciona que “la gestación es uno de los estados más significativos para la mujer y su familia, no solo por los cambios que suceden a nivel biopsicosocial, sino las nuevas prácticas de cuidado que surgen en el periodo prenatal, enmarcadas en un contexto sociocultural que influye directamente en el embarazo. La evidencia ha demostrado cómo estas prácticas son determinantes en el bienestar de la relación madre-hijo; por tanto, si se reconocen estas formas de cuidado, se podrán tener herramientas que permitan una atención en salud materna humanizada y de calidad. En Colombia dentro de las causas de mortalidad materna: el 40 % se debe a afecciones obstétricas no clasificadas; el 21 % a edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio; y el 17 % a complicaciones del trabajo de parto y del parto. Estas complicaciones son susceptibles de ser evitadas, por tanto, el reconocer las diferentes formas de cuidado permitirá identificar prácticas no benéficas, las cuales requieren detectarse a tiempo y así disminuir factores de riesgo que pueden llevar a aumentar la morbilidad y mortalidad de este grupo de población”.

En un estudio realizado por Muñoz, M., Pardo, T (2016). y nombrado como “ Significado de las prácticas de cuidado cultural en gestantes adolescentes” mencionan que desde una óptica cultural, el proceso de maternidad se ve envuelto en creencias, mitos, valores y prácticas tradicionales, en otras palabras patrones culturales, del mismo modo indican que las adolescentes gestantes tienden a realizar dos tipos de prácticas de autocuidado durante la gestación denominadas como praxis de cuidado en pro de la promoción de su salud y la del bebé que está por nacer, y prácticas no beneficiosas las cuales suelen ser atribuidas a la desinformación y el acogimiento de tradiciones culturales. Simultáneamente este estudio cita que las adolescentes gestantes presentan un nivel de complicaciones durante el embarazo más elevado en comparación a las mujeres adultas gestantes, viéndose afectada tanto la salud de la madre como la del hijo, ya que el riesgo aumenta por la edad y la inmadurez de su cuerpo; del mismo modo, radica en que existe una diferencia con respecto a los autocuidados ejercidos por las madres adultas en equiparación con las madres

adolescentes , específicamente en la clasificación de estimulación prenatal, higiene, cuidados personales, alimentación y consumo de sustancias no beneficiosas.

De la misma manera, la alimentación balanceada es radical en el buen desarrollo del feto y el bienestar del organismo de la gestante, según la OMS una alimentación variada y equilibrada es imprescindible para mantenerse saludable, debido a que cada alimento aporta diferentes nutrientes, lo cual se ve reflejado en el estado nutricional de la madre y durante el tiempo de gestación puede tener repercusiones en el crecimiento del feto. En consecuencia, de adquirir pocos micronutrientes como por ejemplo el calcio, el hierro, la vitamina A o el yodo suelen producirse complicaciones en el embarazo por ende pone en riesgo a la madre y al neonato. Por otro lado, cuando la gestante mantiene una dieta inadecuada aumenta el riesgo de tener un parto prematuro, bajo peso del bebé al momento del nacimiento, entre otros defectos congénitos. La nutrición materna es un determinante importante del crecimiento fetal, el peso al nacer y la morbilidad de los lactantes; una nutrición deficiente a menudo tiene efectos perjudiciales a largo plazo e irreversibles para el feto. OMS. (2018).

Araujo B, Trezza M. et al. (2019) El objeto de este estudio es el desarrollo de decisiones y significados atribuidos por mujeres de diferentes contextos de salud al parto natural humanizado. Se trata de un estudio cualitativo y descriptivo basado en los relatos de 14 mujeres de Maceió/AL, Brasil. Para producir información se utilizó un formulario basado en la Teoría del Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger. De los resultados surgieron dos grupos: A) mujeres que querían un parto natural humanizado y, B) mujeres que no querían un parto natural humanizado. Las primeras lo hicieron creyendo en sus beneficios materno-fetales y aun deseando ejercer su autonomía, dando a luz con respeto y a través de una atención libre de violencia; mientras que las mujeres del segundo grupo informaron diferentes motivos para su elección, ya sea por su comprensión de las deficiencias del Sistema Único de Salud o por su propio miedo al dolor y el fácil acceso a las cesáreas electivas. Se entendió así que los significados y decisiones de los informantes sobre sus tipos de parto están estrechamente relacionados con sus contextos y comprensión de su proceso de salud y enfermedad vinculado al parto.

7.5 Marco Legal

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991

LEY 100 DE 1993 (diciembre 23).” Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones"

La presente Ley establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, desarrolla los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación. Expuesto en el Artículo 152.

Los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

LEY ESTATUTARIA DE SALUD (LEY 1751 DE 2015, ART. 17) según la cual:

“Se garantiza la autonomía a los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tiene a su cargo. Esta será ejercida en el marco de la autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica. Se prohíbe constreñimiento, presión o restricción de ejercicio profesional que atenta contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente”.

La cesárea como vía del nacimiento en la práctica obstétrica moderna puede ocurrir en seis situaciones clínicas:

Primaria por indicación materno fetal.

Posterior a parto vaginal fallido.

De emergencia.

Iterativa (por antecedente de cesárea)

Sin indicación médica.

Por solicitud materna.

LEY DEL PARTO DIGNO, RESPETADO Y HUMANIZADO (Ley N° 2244 del 11 de julio del 2022), se aplica en todo el territorio nacional y se basa en un enfoque diferencial, lo que significa que se tiene en cuenta la diversidad de las mujeres y se adoptan medidas para garantizar la igualdad, la equidad y la no discriminación.

Algunos de los aspectos más destacados de esta ley incluyen:

Cesárea Humanizada: Se promueve el uso de la cesárea basada en evidencia científica actualizada y solo cuando sea médicamente necesario. Se enfatiza el contacto piel con piel entre la madre y el bebé y el inicio del amamantamiento en la primera hora después del parto. Además, se reconoce el derecho de la madre a estar acompañada por una persona de su elección durante todo el proceso, con apoyo emocional y acceso a información clara sobre su estado de salud.

Duelo Gestacional y Perinatal: La ley reconoce el proceso de duelo que una mujer puede experimentar en caso de la pérdida del feto durante la gestación o durante el trabajo de parto, parto o posparto. Se establecen medidas de apoyo emocional y acompañamiento para las mujeres que atraviesan esta difícil situación.

Posparto: Se reconoce la importancia del posparto como un período de transición y adaptación para las mujeres y sus bebés. Este tiempo es esencial para la recuperación física de la madre, el desarrollo del recién nacido y el establecimiento de vínculos afectivos entre padres e hijos.

Plan de Parto: Se permite que las mujeres elaboren un documento que refleje sus necesidades, preferencias y expectativas con respecto a la atención durante el trabajo de parto, parto y posparto. Esto promueve una comunicación efectiva entre las mujeres y los profesionales de la salud.

Para Colombia esta ley representa un avance significativo en la protección de los derechos de las mujeres en el proceso de maternidad. Promueve la atención médica basada en evidencia, el respeto a la autonomía de las mujeres y el apoyo emocional en momentos difíciles, como la pérdida gestacional. Esta legislación busca mejorar la experiencia de las mujeres durante el embarazo y el parto, al tiempo que garantiza el bienestar de los recién nacidos. Abogados, GP (2023, 12 de septiembre).

LEY ESTATUTARIA 1581 de 2012 conocida como la Ley de Protección de Datos Personales, regula el tratamiento de datos personales en Colombia. Esta ley impone obligaciones a las empresas y otorga derechos a los individuos sobre el manejo de su información personal. El objetivo de esta es desarrollar el derecho constitucional de las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos. En la presente investigación se manejará el principio de confidencialidad estipulado en el artículo 4° para el tratamiento de datos personales con previa autorización del titular plasmado en un consentimiento informado.

NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO. “Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la asistencia de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto vivo o muerto, con 20 o más semanas de gestación, alumbramiento y puerperio inmediato. La codificación de este procedimiento en la Resolución 365 CUPS corresponde al Parto asistido manualmente”.

LA RESOLUCIÓN 3100 de 25 de noviembre de 2019. “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud”.

LA RESOLUCIÓN 2626 de 2019 adopta el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE, modifica la Política de Atención Integral en Salud — PAIS, y se convierte en el nuevo norte conceptual para la transformación operativa de la organización y prestación de los servicios de salud en Colombia. Los nuevos gobernadores y secretarios de salud territoriales llevarán las principales banderas de la política integral. Esta resolución deroga integralmente las resoluciones 429 de 2016 y 489 de 2019.

Para el desarrollo de la PAIS, se implementará el Modelo de Acción Integral Territorial — MAITE, conformado por el conjunto de acciones y herramientas que, a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienten de forma articulada la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y de este modo contribuir al mejoramiento continuo, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y a la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito.

8. Diseño Metodológico

8.1. Tipo de estudio

Descriptivo

Es descriptivo porque se busca dar detalles de las condiciones físicas generales, socioeconómicas y culturales, al especificar características demográficas de la población investigada, distinguir sus actitudes y/o conductas y los factores influyentes en ella para abordar su percepción sobre el tipo de parto vaginal o quirúrgico.

Cuantitativo

Es cuantitativo dado que el proyecto tendrá el análisis de variables basado en la medición numérica de opiniones, creencias o actitudes, a través de la encuesta estructurada con escalas de respuesta. Buscando explicaciones y motivos de un hecho determinado en esta oportunidad la percepción de las jóvenes gestantes sobre las formas de parto natural y quirúrgico.

Prospectivo

Analiza las percepciones sobre los tipos de parto a través de encuestas, durante el estudio se hará un seguimiento de las mujeres en etapa de embarazo; para finalmente comparar los resultados de manera general y predecir los factores que influyen en la elección del tipo de parto.

8.2. Población

La población es un grupo o un conjunto de elementos sobre el que se hará un estudio, en este caso, el objeto de estudio de esta investigación es finito, ya que se puede contar y estudiar con mayor facilidad a sus integrantes quienes serán las jóvenes embarazadas en edades entre 18 – 25 años que asisten a control prenatal del Hospital Eduardo Arredondo Daza sede Rafael Valle Meza y sede San Martín en Valledupar – César.

8.3. Muestra

La muestra es una parte representativa de la población donde sus elementos comparten características comunes o similares. A través del muestreo que es una herramienta de investigación

que, al ser utilizada adecuadamente, permite obtener conclusiones específicas y evitar resultados sesgados, en este estudio se basará en un muestreo no probabilístico por conveniencia con todos los casos posibles de jóvenes embarazadas en edades entre 18 – 25 años de edad atendidas en dos IPS de primer nivel en Valledupar, teniendo en cuenta su disponibilidad para participar de la investigación.

8.4. Variable

Una variable es una particularidad, atributo o propiedad observada que puede adquirir diferentes valores y es susceptible de ser cuantificada o medida en una investigación. Siguiendo esta idea según su naturaleza pueden ser discretas, es decir; aquellas que solo pueden tomar valores enteros o continuas cuyos valores tienen una infinidad de valores adicionales entre ellos, por ende, también pueden tomar valores infinitos. Por su escala de medición también se clasifican en cualitativas ya que expresan una característica del objeto o del individuo de análisis con palabras, tienden a ser relativas y las cuantitativas se expresan con cifras y son más exactas.

Corresponde a esta investigación analizar las variables nominales y ordinales que dan respuesta a la caracterización sociodemográfica de la población como la edad, el nivel de escolaridad, el estrato económico y lugar de procedencia, el conocimiento sobre los tipos de parto, a su vez las prácticas de cuidado, los riesgos fetales y maternos, el estilo de vida y condiciones del embarazo; las cuales definen la creación del instrumento. (Ver anexo 1)

8.5. Unidad de análisis

Es el quién o el sujeto de estudio en concreto que se está analizando. Para este caso la unidad de análisis son las jóvenes embarazadas atendidas en dos IPS de primer nivel Hospital Eduardo Arredondo Daza Sede Rafael Valle Meza en Valledupar representadas en porcentajes.

8.5.1. Criterios de Inclusión

Para este estudio se incluirá a las jóvenes gestantes que están siendo atendidas en dos IPS de primer nivel en Valledupar que sean mayores de edad y que se encuentren en el rango de juventud según el DANE en Colombia.

8.5.2. Criterios de Exclusión

Se excluirá a las jóvenes embarazadas de 17 años y menores a este por ser adolescentes, ya que el manejo de datos en estos casos debe ser autorizado por el tutor o representante legal.

8.6 Técnica de Obtención de la Información

Las técnicas de recolección de datos son un conjunto de diferentes herramientas que permiten recopilar información de forma hábil y eficaz con fines de garantizar la validez y confiabilidad de una investigación. En el presente estudio se emplea la escala de valores determinados por su gran utilidad para medir opiniones y evaluar productos a través de varias opciones de respuestas. Esta consiste en un conjunto de preguntas cerradas en conjunto con una selección de categorías que se ofrecen como opciones para los encuestados, y se utiliza para evaluar la opinión de los participantes sobre un producto o una afirmación concreta. una escala de valoración descriptiva explica cada opción para el encuestado, ya que contiene una explicación exhaustiva con el fin de recopilar información con conocimientos profundos. Narváez, M. (2022, 7 de enero).

8.6.1 Fuentes Primarias

Las fuentes primarias proporcionan evidencia de primera mano, en esta investigación son estudios y apuntes de investigaciones, que brindan al investigador un acceso directo al tema de su investigación. Se sumará por fuente primaria los datos obtenidos en la encuesta a aplicar y será de tipo cuestionario con preguntas cerradas; ya que pueden llevarse a cabo tanto física como digitalmente para recopilar datos cuantitativos y cualitativos, permitiendo valorar atributos como la precepción de las jóvenes embarazadas.

8.6.2 Fuentes Secundarias

Las fuentes secundarias son aquellas que permiten entender hechos o fenómenos a través de documentos o datos recolectados por terceros, es decir, proporcionan información de segunda mano y comentarios de otros investigadores. En el actual proyecto se recopilaron antecedentes investigativos y datos teóricos en cuanto a los conocimientos, estrategias en la atención, percepción sobre el parto y prácticas de cuidado de las gestantes a través de artículos científicos, trabajos

académicos, repositorios digitales que hacen factible la investigación y comparación de los hallazgos y resultados a exponer.

8.7 Análisis y Presentación de la Información

8.7.1 Análisis de la información

El análisis tendrá lugar en Microsoft Excel, una herramienta eficaz para obtener información con significado a partir de grandes cantidades de datos. Los datos se escriben en las celdas y se agrupan en filas y columnas, esto permite sumar datos, ordenarlos y filtrarlos, ponerlos en tablas y crear gráficos muy visuales.

8.7.2 Presentación de la Información

La información se presentará utilizando el programa Microsoft Word, donde se incluirá todo el proyecto, los resultados numéricos y un análisis cuantitativo de la relación entre las variables estudiadas. También se integrarán los análisis de datos, conclusiones y recomendaciones de la investigación.

8.7.3 Difusión de la Información

La información se difundirá mediante la conciente sustentación presentada a los evaluadores, asesores y demás entes académicos, previo a este proceso se debe enviar el archivo al Comité de Investigación del programa Instrumentación Quirúrgica y Facultad Ciencias de la Salud para ser aprobado, además de la aplicación de acoples, resultando el proyecto final que será socializado a los jurados mencionados.

8.8 Aspectos Éticos

Los aspectos éticos de esta investigación se rigen a partir de la Resolución N.º 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; teniendo en cuenta los aspectos de la investigación en seres humanos (Ministerio de Salud, 1993)

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y a la protección de sus derechos y su bienestar. En Colombia, esta resolución establece que la investigación debe suspenderse de inmediato si los participantes lo manifiestan (Artículo 5).

Análisis y Presentación de la Información

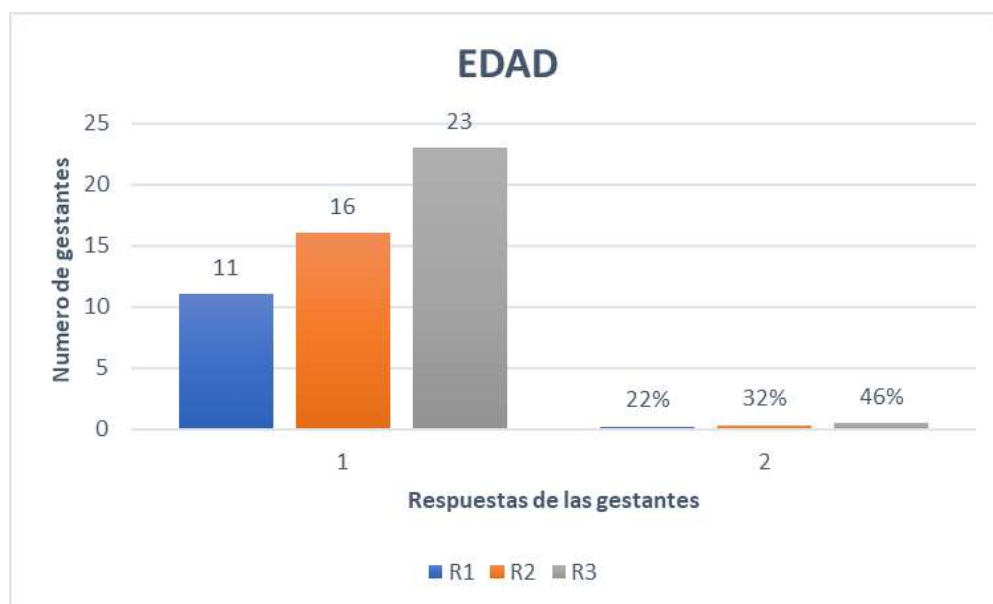
Sede Rafael Valle Meza

Tabla 1 Edad

EDAD		
RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 Entre 18-21 años	11	22%
R2 Entre 22-25 años	16	32%
R3 Mayor de 25 años	23	46%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 1 Edad



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 1, de la sede Rafael Valle Meza se puede notar que 11 de las mujeres encuestadas representadas en un 22% están entre los 18 y los 21 años, que 16 de ellas equivalen a un 32% y se encuentran entre los 22 y los 25 años, las 23 mujeres restantes representadas en un 46% tienen o son mayores de 25 años de edad.

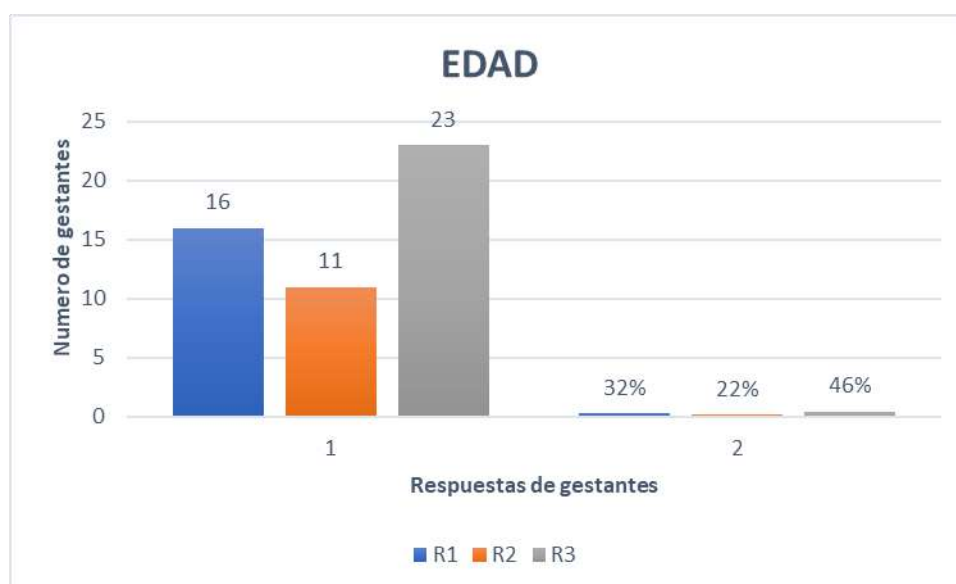
Sede San Martín

Tabla 1. Edad

EDAD		
RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 Entre los 18-21 años	16	32%
R2 Entre los 22-25 años	11	22%
R3 Mayor de 25 años	23	46%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 1 Edad



Fuente: Elaboración propia.

De la misma manera, en la sede San Martín se constató que un 32% corresponde a 16 mujeres que están entre los 18 y 21 años, un 22% equivale a 11 que se encuentran entre los 22 y 25 años y un 46% representa a 23 gestantes que tienen o son mayores de 25 años.

Se evidencia que en ambas sedes son mayormente atendidas en los controles prenatales las mujeres con o mayores de 25 años, ya que están en la mejor edad para quedar embarazada, la edad más fértil de una mujer se sitúa entre los 21 y los 29 años, cuando aún sigue con un 25% de posibilidades de concebir al primer mes de intentarlo, pues su cuerpo está física y psíquicamente preparado para someterse a un embarazo. Edad y fertilidad ¿Cómo afecta a mis posibilidades de quedar embarazada? (s/f).

Sede Rafael Valle Meza

Tabla 2 Nivel de escolaridad

NIVEL DE ESCOLARIDAD		
RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 preescolar	2	4%
R2 primaria	18	36%
R3 secundaria	16	32%
R4 técnico	7	14%
R5 tecnólogo	7	14%
R6 superior	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 2 Nivel de escolaridad



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 2, se observa que 2 gestantes enmarcadas en un 4% solo alcanzaron la educación preescolar, que 18 representadas en un 36% llegaron a la primaria, que 16 equivalentes a un 32% pudieron terminar la secundaria, y 14 gestantes alcanzaron el nivel técnico (7) y tecnológico (7) para un total de 28% entre ambos logros educativos.

Sede San Martín

Tabla 2. Nivel de escolaridad

NIVEL DE ESCOLARIDAD		
RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 preescolar	0	0%
R2 primaria	3	6%
R3 secundaria	30	60%
R4 técnico	10	20%
R5 tecnólogo	3	6%
R6 superior	4	8%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 2 Nivel de escolaridad



Fuente: Elaboración propia.

En la sede San Martín se encontró que 3 embarazadas medidas en un 6% alcanzaron la primaria, 30 equivalentes a 60% lograron llegar a secundaria, 10 enmarcadas en un 20% lograron obtener un técnico, 3 relacionadas con el 6% obtuvieron nivel tecnológico y 4 gestantes representadas en un 8% alcanzaron la educación superior.

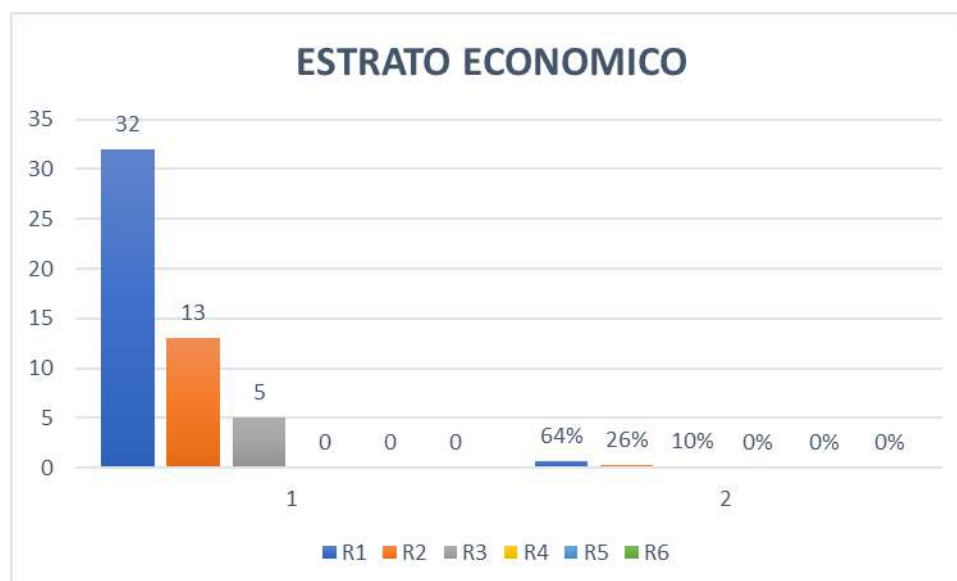
Los niveles del Sistema Educativo Colombiano, están basados tanto en la clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE) como en las categorías empleadas en Colombia. Sistema Educativo de Colombia - Sistema Educativo de Colombia. (s/f). La básica primaria fue el más alto en la sede Rafael Valle Meza lo que indica que estas mujeres lograron cursar los 5 grados que componen este nivel, donde se propicia una formación integral, socioemocional, ética, moral y ambiental mediante el acceso y la construcción del conocimiento científico, tecnológico, artístico y humanístico. Por otra parte, en la sede San Martín el dato más relevante hace referencia a la educación secundaria, las gestantes tienen la preparación a la educación superior, o bien sea las destrezas pertinentes a trayectorias ocupacionales o a desarrollar ambos fines.

Sede Rafael Valle Meza

Tabla 3 Estrato económico

ESTRATO ECONOMICO		
PREGUNTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 estrato 1	32	64%
R2 estrato 2	23	26%
R3 estrato 3	5	10%
R4 estrato 4	0	0%
R5 estrato 5	0	0%
R6 estrato 6	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 3 Estrato económico

Fuente: Elaboración propia.

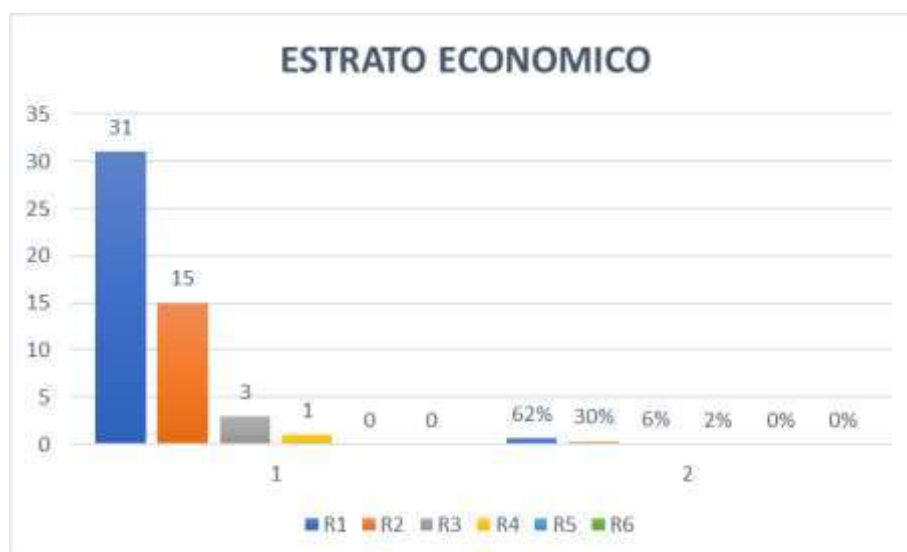
En la gráfica 3, la sede Rafael Valle Meza evidenció que 32 gestantes representadas en un 64% pertenecen al estrato I, 13 mujeres representadas en 26% hacen parte del estrato II, 5 representadas en un 10% son estrato III y ninguna registró hacer parte de los estratos económicos IV, V y VI.

Sede San Martin

Tabla 3 Estrato económico

ESTRATO ECONOMICO		
PREGUNTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 estrato 1	31	62%
R2 estrato 2	15	30%
R3 estrato 3	3	6%
R4 estrato 4	1	2%
R5 estrato 5	0	0%
R6 estrato 6	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 2 Estrato económico

Fuente: Elaboración propia.

En la sede San Martín, un 62% equivalente a 31 mujeres son pertenecientes al estrato I, un 30% indica que 15 gestantes hacen parte del estrato II, un 6% alusivo a 3 son estrato III, un 2% igual a 1 reflejó ser estrato IV. Ninguna manifestó pertenecer al estrato V y VI.

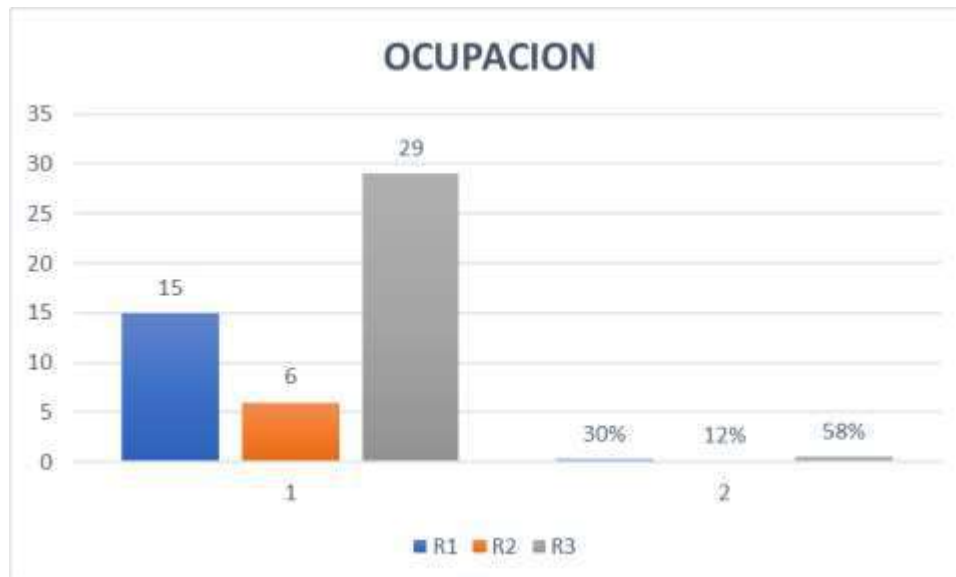
Se identifica que en ambas sedes con un porcentaje superior al 60% pertenecen al nivel de estrato económico I. En la escala de estratificación de Colombia, el estrato I es el estrato socioeconómico más bajo, nos indica que las personas no viven en las mejores condiciones, sus viviendas tienen deficiencias en infraestructura física y pueden estar ubicadas cerca de ríos, montañas y cerros; por lo general no cuentan con todos los servicios públicos al alcance como: el agua, energía y gas natural. Estrato 1 en Colombia características. (2022, 26 de junio).

Sede Rafael Valle Meza

Tabla 4 Ocupación

OCUPACION		
RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 independiente	15	30%
R2 empleada	6	12%
R3 ama de casa	29	58%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 4 Ocupación

Fuente: Elaboración propia.

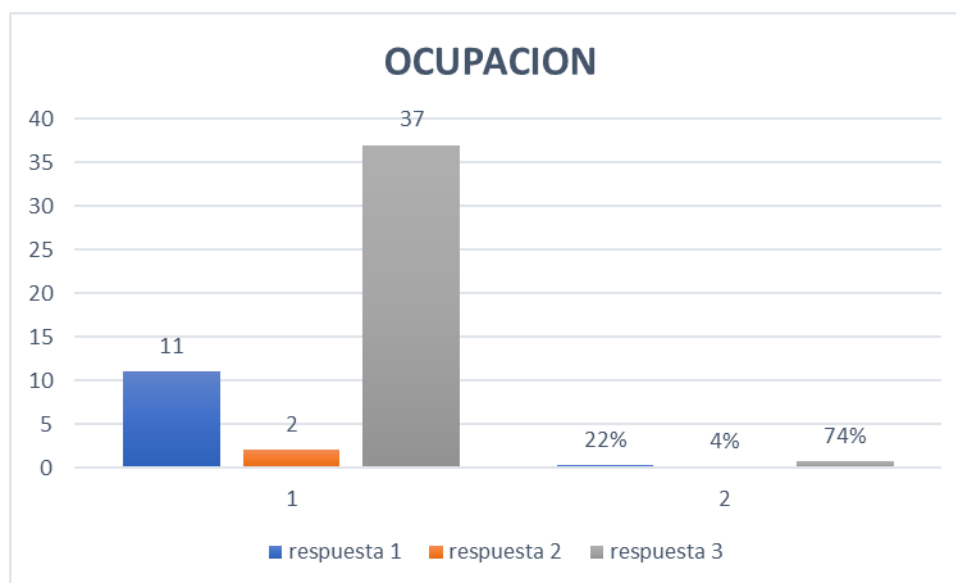
En la gráfica 4, se puede percibir que en la sede Rafael Valle Meza 15 gestantes expresadas en 30% son independientes, 6 equivalentes a un 12% son empleadas y 29 representadas en un 58% son amas de casa.

Sede San Martin

Tabla 4 Ocupación

OCUPACION		
RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 independiente	11	22%
R2 empleada	2	4%
R3 ama de casa	37	74%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 2 Ocupación

Fuente: Elaboración propia.

En cambio, en la sede San Martín 11 mujeres plasmadas en 22% son independientes, 2 expresadas en 4% son empleadas y 37 que reflejan un 74% son amas de casa. Se puede apreciar que mayoritariamente las mujeres encuestadas en ambas sedes dedican su vida al cuidado del hogar.

La producción del trabajo doméstico y de cuidados no remunerados equivale al 20% del PIB colombiano. Esto significa que si este trabajo se pagara sería el sector más importante de la economía, por encima del sector de comercio (18% del PIB), el sector de administración pública (15%) y el de industria manufacturera (12%). cuidado no remunerado ONU Mujeres-DANE (mayo 2020).

Sede Rafael Valle Meza

Tabla 5 Procedencia

PROCEDENCIA		
RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 zona urbana	38	76%
R2 zona rural	10	20%
R3 territorio extranjero	2	4%
R4 territorio indígena	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 5 Procedencia



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 5, se puede analizar que en la sede Rafael Valle Meza 38 mujeres proceden de la zona urbana enmarcadas en un 76%, 10 de la zona rural representadas con un 20% y 2 son de territorio extranjero expresadas en un 4% del total.

Sede San Martín

Tabla 5 Procedencia

PROCEDENCIA		
RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 zona urbana	37	74%
R2 zona rural	9	18%
R3 territorio extranjero	3	6%
R4 territorio indígena	1	2%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 5 Procedencia



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la sede San Martín 37 proceden de la zona urbana, es decir un 74%, 9 de la zona rural con un 18%, 3 son de territorio extranjero equivalentes al 6% y 1 hace parte del territorio indígena, comprendido en un 2%.

El lugar de procedencia que prevaleció en ambas sedes fue la zona urbana, La urbanización en Colombia avanza de forma paralela con los tres procesos de la dinámica poblacional, el incremento de la población de las áreas urbanas, el incremento de la densidad y la aglomeración

de la población en los principales centros urbanos del país (UNFPA-U. Externado, 2007). El análisis intercensal de la distribución de la población entre 1993 y 2005 ratifica el fenómeno de consolidación de la población urbana en la mayoría de las capitales departamentales; tales son los casos de Riohacha, Valledupar, Villavicencio y sus alrededores, lo mismo que Quibdó y Mocoa y los municipios del bajo Putumayo. 2.4. URBANIZACIÓN EN COLOMBIA. (s/f).

Sede Rafael Valle Meza

Tabla 6 Estado de gestación

ESTADO DE GESTACION		
PREGUNTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 primigestante	28	56%
R2 multigestante	22	44%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 6 Estado de gestación



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 6, es notable que en la sede Rafael Valle Meza 28 mujeres con un porcentaje de 56% son primigestante y 22 con un porcentaje de 44% son multigestante.

Sede San Martín

Tabla 6 Estado de gestación

ESTADO DE GESTACION		
PREGUNTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 primigestante	26	52%
R2 multigestante	24	48%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 6 Estado de gestación



Fuente: Elaboración propia.

Igualmente, en la sede San Martín 26 mujeres equivalentes a 52% son primigestante y 24 equivalentes a 48% son multigestante. De lo cual se puede deducir que en las dos sedes existe un alto porcentaje de jóvenes que viven su embarazo por primera vez, lo que las hace mostrarse sorprendidas y con múltiples dudas frente a la temática de la encuesta.

Todos los datos recolectados en estos primeros interrogantes alusivos al primer objetivo, coinciden con los del estudio de Alarcón R, Agripina G, 2017, en el que el mayor porcentaje de las entrevistadas tenía más de 25 años de edad, el nivel de educación que obtuvieron de mayor

escogencia fue la secundaria, eran amas de casa y provenientes de zonas urbanas. Y se concluyó en un nivel malo de conocimientos y practicas del parto.

Sede Rafael Valle Meza

Tabla 7 Asistencia al control

ASISTENCIA AL CONTROL		
RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 si	50	100%
R2 no	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 7 Asistencia al control



Fuente: Elaboración propia.

Sede San Martin

Tabla 7 Asistencia al control

ASISTENCIA AL CONTROL		
RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 si	50	100%
R2 no	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 7 Asistencia al control



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 7, se puede observar que todas las mujeres encuestadas en la sede Rafael Valle Meza y la sede San Martin si asisten a los controles prenatales en un 100%.

El control prenatal es un conjunto de 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 al igual que su madre. desarrollo-criudigital. (2022, 4 de febrero).

Sede Rafael Valle Meza

Tabla 8 Frecuencia de asistencia a controles

FRECUENCIA DE ASISTENCIA A CONTROLES		
RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 siempre	44	88%
R2 casi siempre	3	6%
R3 a veces	3	6%
R4 rara vez	0	0%
R5 nunca	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 8 Frecuencia de asistencia a controles



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 8, se puede visualizar que en la sede Rafael Valle Meza, 44 mujeres equivalentes a 88% siempre asisten a sus controles, 3 equivalentes a 6% casi siempre asisten y 3 más igualmente, a veces asisten.

Sede San Martín

Tabla 8 Frecuencia de asistencia a controles

FRECUENCIA DE ASISTENCIA A CONTROLES		
RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 siempre	46	92%
R2 casi siempre	2	4%
R3 a veces	0	0%
R4 rara vez	2	4%
R5 nunca	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 8 Frecuencia de asistencia a controles



Fuente: Elaboración propia.

Añadiendo que, en la sede San Martín 46 gestantes representadas en 92% siempre asisten, 2 en un porcentaje de 4% casi siempre asisten y 2 con el mismo porcentaje rara vez asisten a sus controles.

En comparación con los datos obtenidos en ambas sedes sobre la opción nunca asiste en 0%, refleja el compromiso de las madres por la salud materno-fetal y el aprovechamiento de la prevención y promoción de la salud que brindan las entidades públicas en los diferentes programas de la ruta materno perinatal en la ciudad de Valledupar.

Sede Rafael Valle Meza

Tabla 9 Consumo de frutas

CONSUMO DE FRUTAS		
RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 siempre	22	44%
R2 casi siempre	11	22%
R3 a veces	17	34%
R4 rara vez	0	0%
R5 nunca	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 9 Consumo de frutas



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 9, se identifica que las gestantes encuestadas en la sede Rafael Valle Meza consumen siempre frutas en un 44% que representa a 22, casi siempre en un 22% que representan a 11 y un 34% representativo de 17 mujeres que rara vez consumen frutas en su cotidianidad.

Sede San Martín

Tabla 9 Consumo de frutas

CONSUMO DE FRUTAS		
RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 siempre	22	44%
R2 casi siempre	12	24%
R3 a veces	13	26%
R4 rara vez	3	6%
R5 nunca	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 9 Consumo se frutas



Fuente: Elaboración propia.

En la sede San Martín el porcentaje de consumo de frutas siempre se mantuvo igual, mientras que el porcentaje de casi siempre varió en 24% que viene atribuyéndose a 12 mujeres, el a veces consumo frutas obtuvo un porcentaje de 26% enmarcando a 13 y la respuesta rara vez consumo frutas se quedó con el 6% alusivo a 3 mujeres. Dando a entender que la mayoría está consumiendo frutas con constancia durante su etapa de gestación.

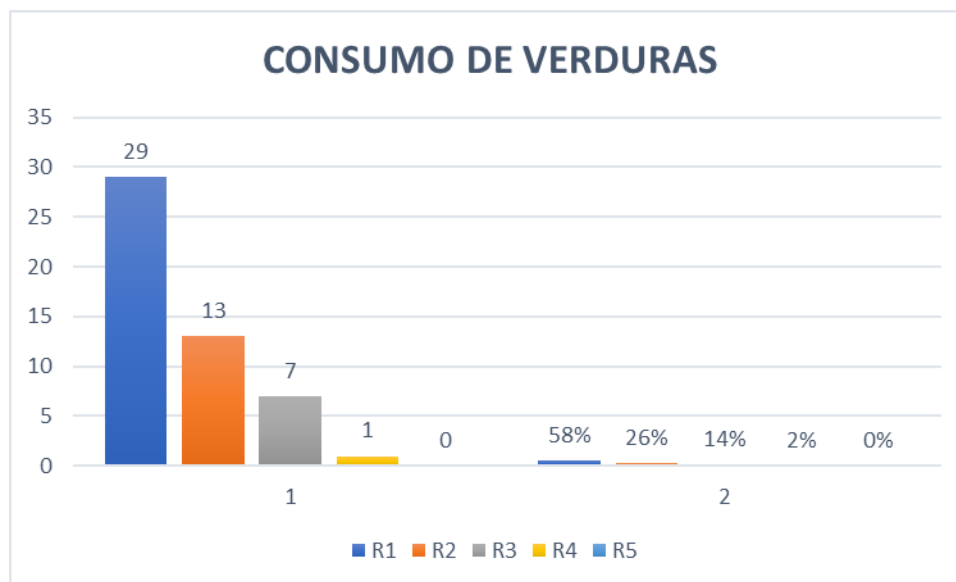
Sede Rafael Valle Meza

Tabla 10 Consumo de verduras

CONSUMO DE VERDURAS		
RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 siempre	29	58%
R2 casi siempre	13	26%
R3 a veces	7	14%
R4 rara vez	1	2%
R5 nunca	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 10 Consumo de verduras



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 10, se deduce que un 58% representa a 29 gestantes que siempre consumen verduras, un 26% representa a 13 que casi siempre las consumen, un 14% a veces consume verduras y un 2% rara vez las consume.

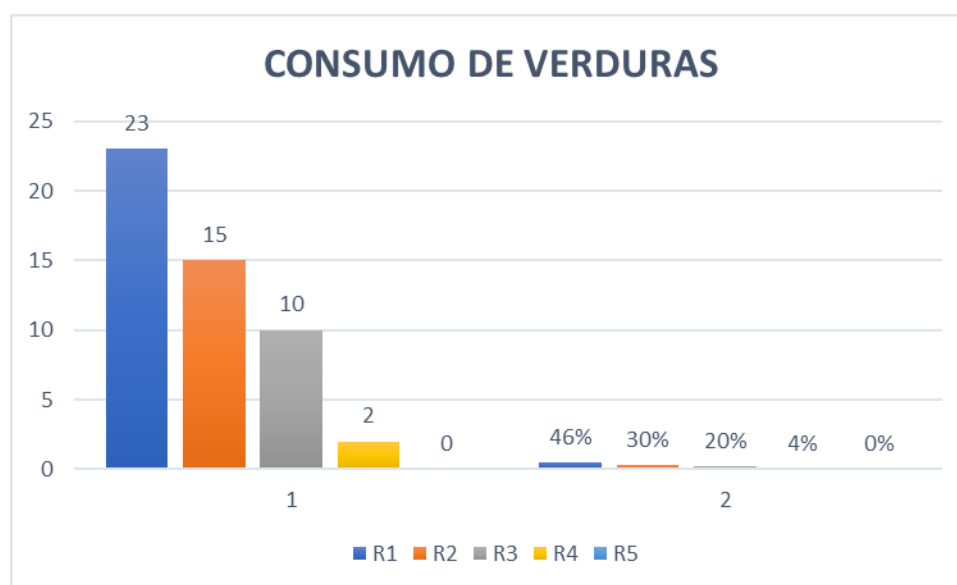
Sede San Martín

Tabla 10 Consumo de verduras

CONSUMO DE VERDURAS		
RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 siempre	23	46%
R2 casi siempre	15	30%
R3 a veces	10	20%
R4 rara vez	2	4%
R5 nunca	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 10 Consumo de verduras



Fuente: Elaboración propia.

Además, en la sede San Martín, 23 gestantes referenciadas en un 46% casi siempre consumen verduras, 15 que son el 30% casi siempre lo hacen, 10 que son el 20% a veces consumen verduras y 2 que son el 4% rara vez las consumen. De donde se puede apreciar que en su mayoría están consumiendo verduras como parte de la alimentación saludable que aporta a las prácticas de cuidado de la gestación.

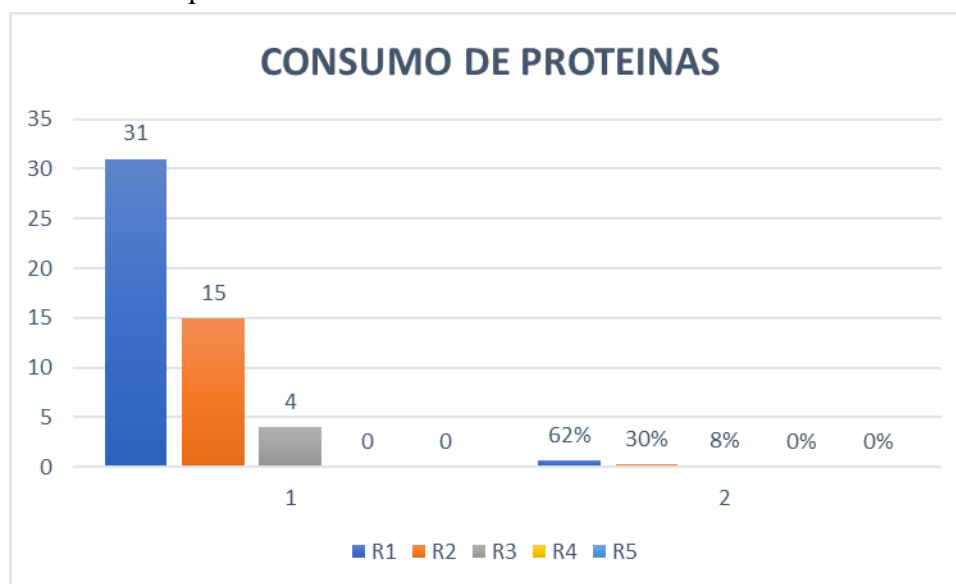
Sede Rafael Valle Meza

Tabla 11 Consumo de proteínas

CONSUMO DE PROTEINAS		
RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 siempre	31	62%
R2 casi siempre	15	30%
R3 a veces	4	8%
R4 rara vez	0	0%
R5 nunca	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 11 Consumo de proteínas



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 11, se evidencia que las mujeres atendidas en la sede Rafael Valle Meza están en un 62% correspondiente a 31 de ellas consumen siempre proteínas, un 30% que corresponde a 15 casi siempre las consumen y un 8% correspondiente a 4 gestantes las consumen a veces.

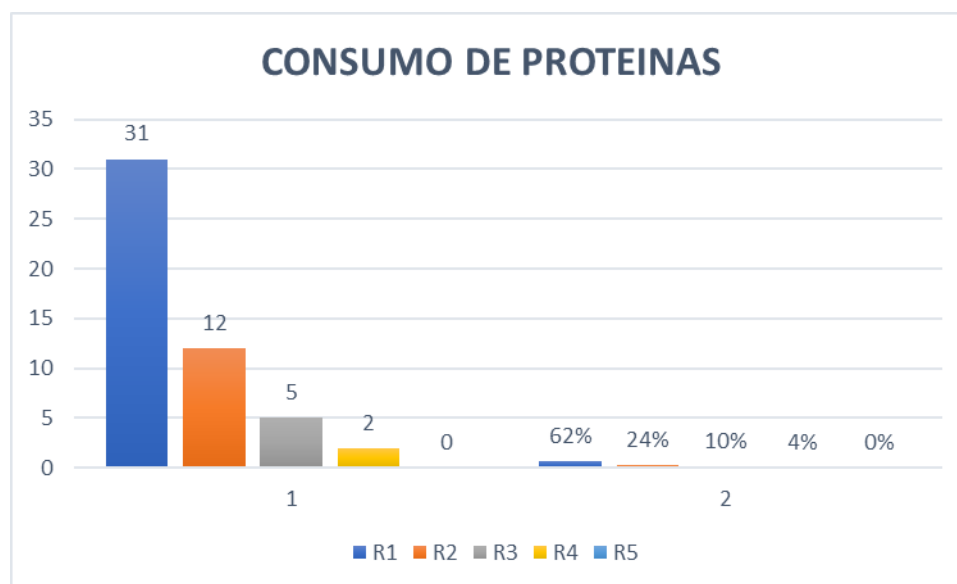
Sede San Martín

Tabla 11 Consumo de proteína

CONSUMO DE PROTEINAS		
RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 siempre	31	62%
R2 casi siempre	12	24%
R3 a veces	5	10%
R4 rara vez	2	4%
R5 nunca	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 11 Consumo de proteínas



Fuente: Elaboración propia.

Así mismo, en la sede San Martín se registró que 31 gestantes con un 62% siempre consumen proteína, que 12 con un 24% casi siempre, 5 con un 10% a veces las consumen y 2 con un 4% rara vez consumen proteína en su plan alimenticio. Por ende, en ambas sedes las gestantes mayoritariamente consumen proteínas, siendo estas esenciales en el crecimiento del bebé y el desarrollo de la placenta, además de contribuir al aumento de los tejidos maternos como el útero y

las mamás. Instituto de Medicina (EE. UU.), Comité sobre el Estado Nutricional durante el Embarazo y la Lactancia (1990).

Sede Rafael Valle Meza

Tabla 12 Ingesta de suplementos o vitaminas

INGESTA DE SUPLEMENTOS O VITAMINAS		
PREGUNTAS	CANTIDAD	PROCENTAJES
R1 si	44	88%
R2 no	6	12%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 12 Ingesta de suplementos o vitaminas



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 12, se muestra que 44 de las encuestadas en la sede Rafael Valle Meza con un 88% respondieron que si ingieren suplementos y 6 con un 12% votaron que no.

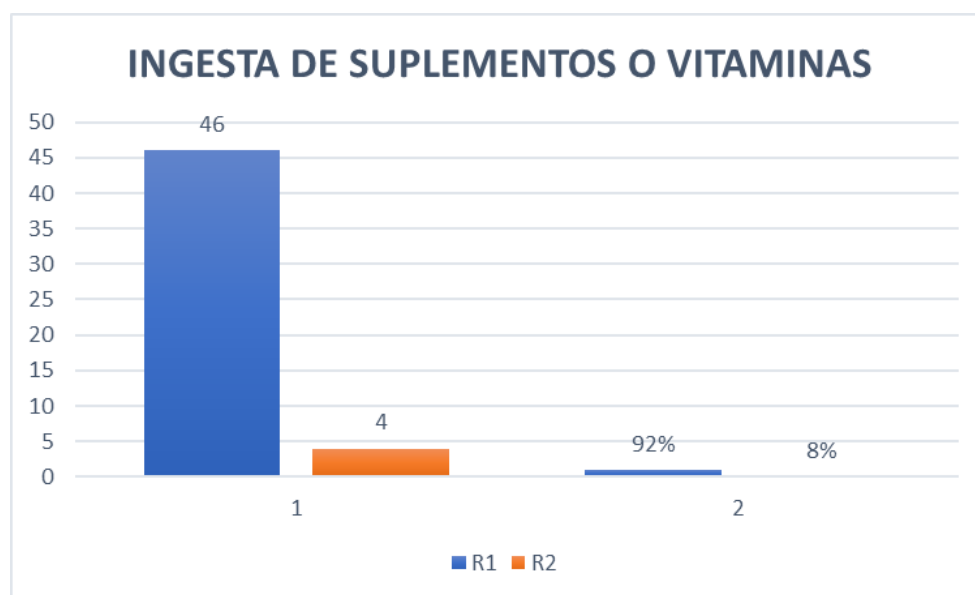
Sede San Martín

Tabla 12 Ingesta de suplementos o vitaminas

INGESTA DE SUPLEMENTOS O VITAMINAS		
PREGUNTAS	CANTIDAD	PROCENTAJES
R1 si	46	92%
R2 no	4	8%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 12 Ingesta de suplementos o vitaminas



Fuente: Elaboración propia.

En la sede San Martín 46 gestantes representadas en un 92% afirmaron que consumen suplementos y 4 con un 8% no lo hacen. Las mujeres de ambas sedes en su gran parte ingieren suplementos nutricionales como el hierro, calcio, yodo, ácido fólico, vitaminas C y D.

La suplementación durante el embarazo y la lactancia presenta importante evidencia científica, por lo que es fundamental seguir las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para el correcto desarrollo del feto y de la embarazada. Suplementos en el embarazo: últimas recomendaciones. (s/f).

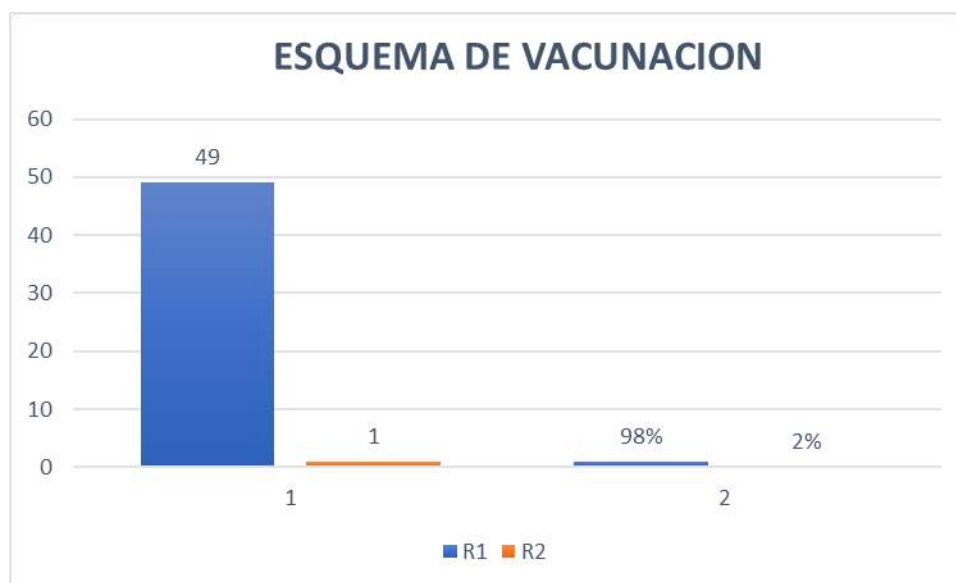
Sede Rafael Valle Meza

Tabla 13 Esquema de vacunación

ESQUEMA DE VACUNACION		
PREGUNTAS	CANTIDAD	PROCENTAJES
R1 si	49	98%
R2 no	1	2%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 13 Esquema de vacunación



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 13, se puede notar que en la sede Rafael Valle Meza con el 98% 42 mujeres indicaron cumplir con el esquema de vacunación trimestral y con un 2% 1 gestante manifestó que no.

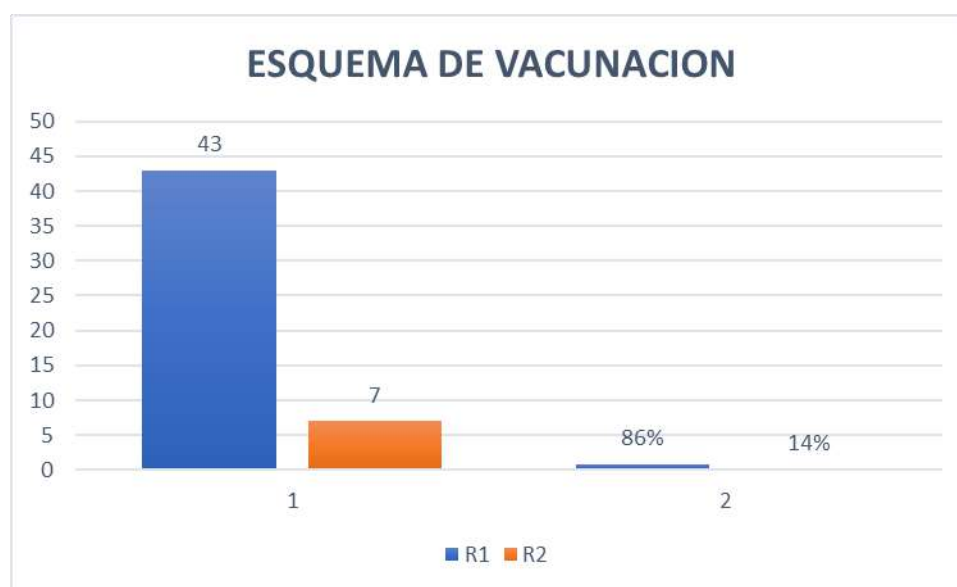
Sede San Martín

Tabla 13 Esquema de vacunación

ESQUEMA DE VACUNACION		
PREGUNTAS	CANTIDAD	PROCENTAJES
R1 si	43	86%
R2 no	7	14%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 13 Esquema de vacunación



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la sede San Martín, con el 86% 43 mujeres se realizaron el esquema de vacunación y con el 14% 7 gestantes no lo aplicaron. Por esto, es evidente que las gestantes atendidas en la primera sede mayormente han cumplido con el esquema de vacunación, mientras que en la segunda sede se modificó el porcentaje de incumplimiento siendo un poco mayor.

El objetivo de la vacunación durante el embarazo es doble: proteger tanto a la madre como al feto. La protección contra las enfermedades en los recién nacidos es proporcionada

principalmente por los anticuerpos específicos transferidos durante el embarazo a través del transporte transplacentario, o después del parto a través de la lactancia materna. García M, Gonzalez O, Alfayate S, Grupo de Trabajo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). (2022).

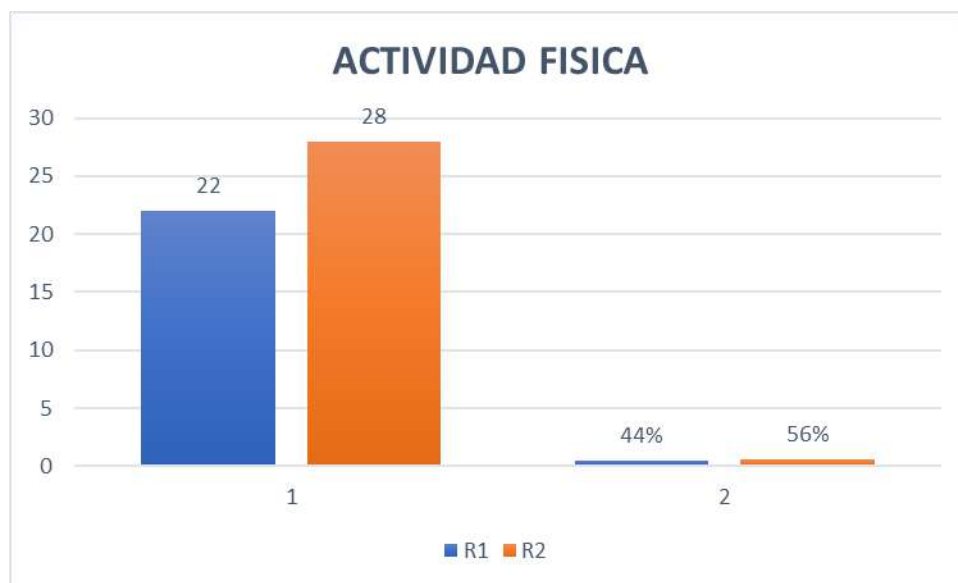
Sede Rafael Valle Meza

Tabla 14 Actividad física

ACTIVIDAD FISICA		
PREGUNTAS	CANTIDAD	PROCENTAJES
R1 si	22	44%
R2 no	28	56%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 14 Actividad física



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 14, se puede inferir que en la sede Rafael Valle Meza 22 gestantes con un porcentaje de 44% realizan actividad física y 28 con un porcentaje de 56% no.

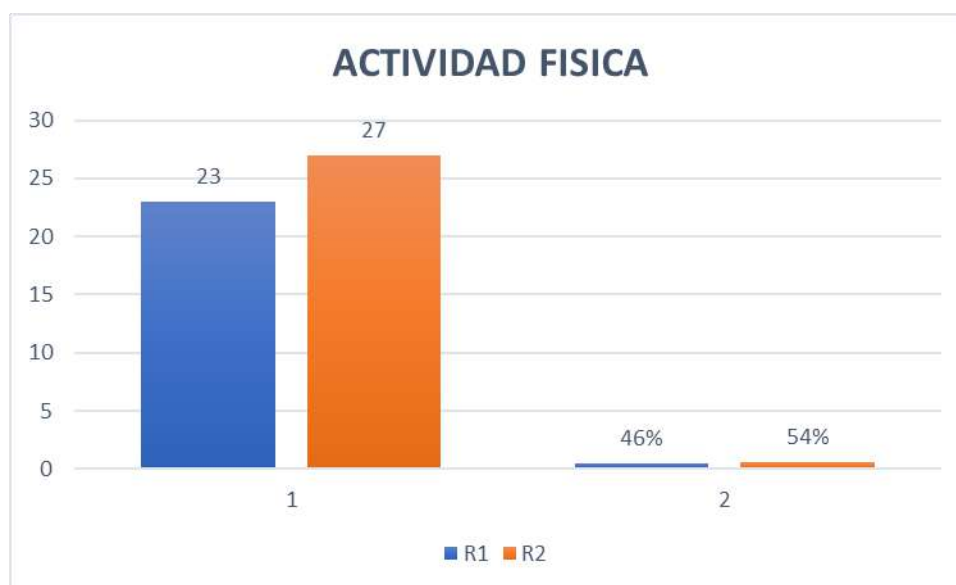
Sede San Martín

Tabla 14 Actividad física

ACTIVIDAD FISICA		
PREGUNTAS	CANTIDAD	PROCENTAJES
R1 si	23	46%
R2 no	27	54%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 14 Actividad física



Fuente: Elaboración propia.

En la sede San Martín 23 embarazadas con un porcentaje de 46% se ejercitan físicamente y 27 con un porcentaje de 54% no realizan ninguna actividad física. En promedio ambas sedes cuentan con un número importante de gestantes que no incluyen el ejercicio físico dentro de sus prácticas de cuidado en el embarazo.

Los resultados de esta investigación coinciden con un análisis secundario de la información recolectada en la Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia del 2015. La muestra incluyó 906 mujeres gestantes, donde el objetivo fue estimar la prevalencia de

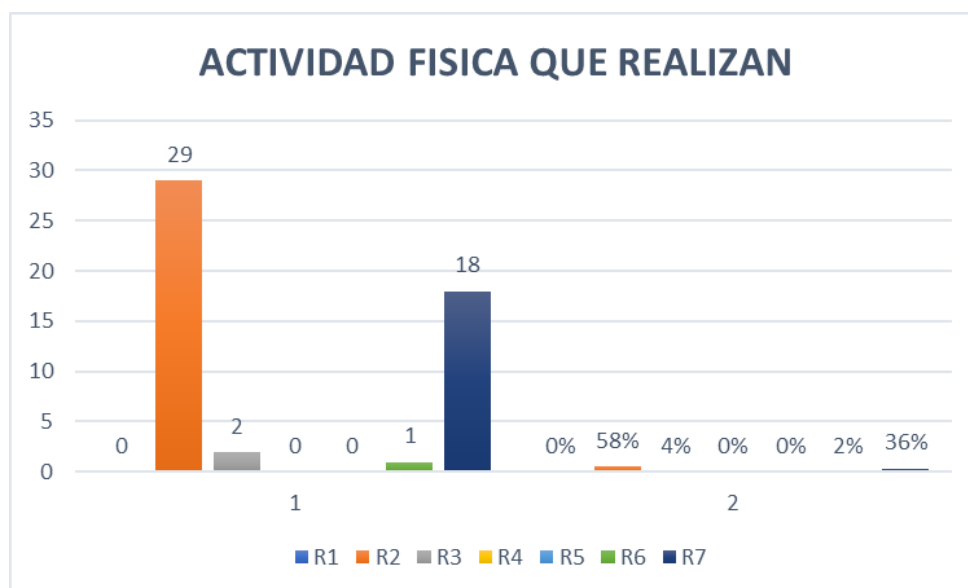
actividad física en mujeres gestantes adultas en Colombia y evaluar los factores asociados con su práctica. Los resultados de la prevalencia de la actividad física en mujeres gestantes colombianas fueron preocupantemente bajos. Sánchez-Martínez, Y., Camargo-Lemos, DM, Ruiz-Rodríguez, M., Triana, CA, & Sarmiento, OL (2022).

Sede Rafael Valle Meza

Tabla 15 Actividad física que realizan

ACTIVIDAD FISICA QUE REALIZAN		
RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 yoga	0	0%
R2 caminar	29	58%
R3 ejercicios de pilates	2	4%
R4 aeróbicos	0	0%
R5 nadar	0	0%
R6 otra	1	2%
R7 ninguna	18	36%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 15 Actividad física que realizan

Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 15 se observa que en la sede Rafael Valle Meza la actividad física con mayor porcentaje es caminar en un 58% que encierra a 29 de las encuestadas, los ejercicios de pilates obtuvieron un 4% alusivo a 2 gestantes, un 2% que representa a 1 mujer, indicó que realiza otra actividad física que no está incluida en la lista, un 36% correspondiente a 18 de las encuestadas no realiza ninguna actividad física y con un porcentaje de 0% se mostró que el yoga, los aeróbicos y la natación no son practicados por las jóvenes gestantes.

Sede San Martín

Tabla 15 Actividad física que realizan

ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZAN		
RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 yoga	0	0%
R2 caminar	28	56%
R3 ejercicios de pilates	0	0%
R4 aeróbicos	0	0%
R5 nadar	2	4%
R6 otra	1	2%
R7 ninguna	19	38%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 15 Actividad física que realizan



Fuente: Elaboración propia.

Sumado a esto, en la sede San Martín se evidenció que caminar también es la actividad física frecuente en un 56% representativo de 28 gestantes, mientras que el 4% equivalente a 2 mujeres afirmaron practicar natación, el 2% correspondiente a 1 encuestada que realiza otra actividad física distinta a las mencionadas, el 38% refleja a 19 gestantes que indicaron no realizar

ninguna actividad física; siendo notorio que al igual que en la primera sede, el yoga, los ejercicios de pilates y los aeróbicos no son practicados.

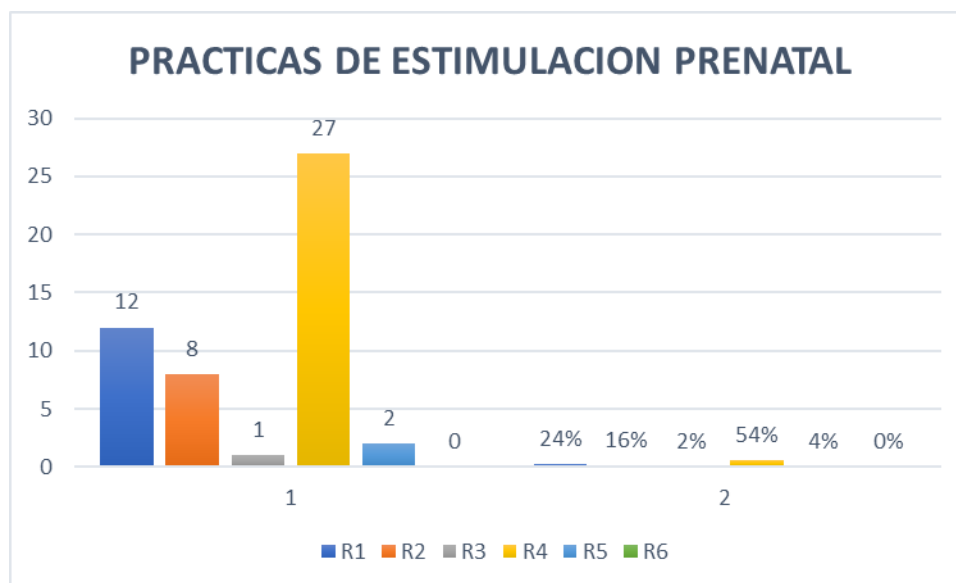
Sede Rafael Valle Meza

Tabla 16 Prácticas de estimulación prenatal

PRACTICAS DE ESTIMULACION PRENATAL		
RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 música	12	24%
R2 tacto	8	16%
R3 luz en el abdomen	1	2%
R4 hablar al bebe	27	54%
R5 otra	2	4%
R6 ninguna	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 16 Practicas de estimulación prenatal



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 16 se demuestra que en la sede Rafael Valle Meza un 24% igual a 12 mujeres estimulan al bebé por medio de la música, un 16% representa a 8 que usan el tacto, el 2% equivale a 1 que utiliza luz en el abdomen, el 54% correspondiente a 27 gestantes hablan al bebé, el 2%

alude a 1 que no usa ninguna de las prácticas de estimulación y el 0% representa las encuestadas que indicaron usar otro método.

Sede San Martín

Tabla 16 Practicas de estimulación prenatal

PRACTICAS DE ESTIMULACION PRENATAL		
RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 música	13	26%
R2 tacto	4	8%
R3 luz en el abdomen	1	2%
R4 hablar al bebe	28	56%
R5 otra	1	2%
R6 ninguna	3	6%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 16 Practicas de estimulación prenatal



Fuente: Elaboración propia.

En la sede San Martín, 13 gestantes con un porcentaje de 26% usan la música, 4 con un porcentaje de 8% prefieren el tacto, 1 de ellas expresada en 2% usa luz en el abdomen, 28 con un

porcentaje de 56% hablan al bebé, 1 representada en 2% no usa ninguna de las prácticas y 3 con el porcentaje de 6% indicaron usar otros métodos de estimulación prenatal.

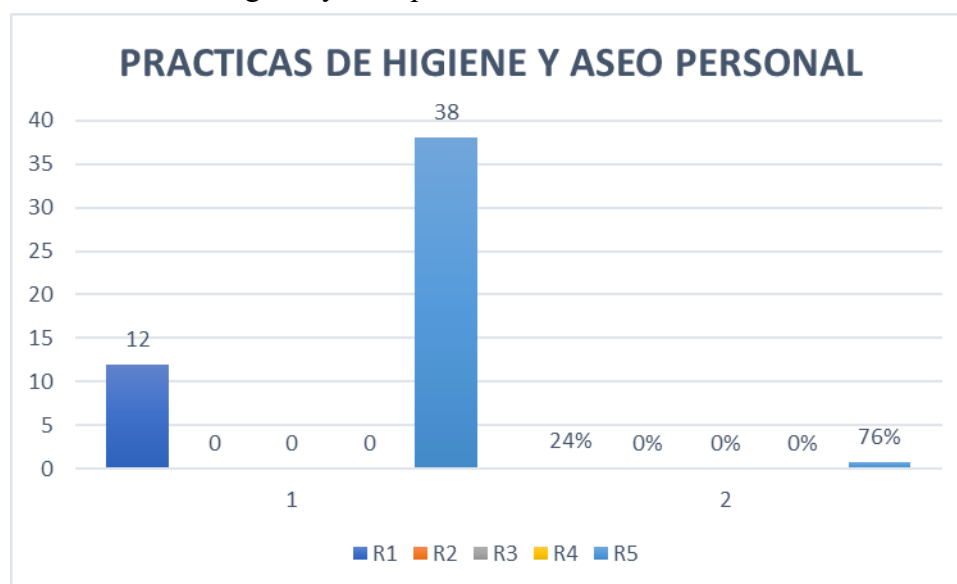
Los resultados demuestran que la estimulación contribuye en el desarrollo físico y emocional del bebé y fomenta los vínculos afectivos con sus padres en acuerdo con (Roldán, 2022). Entre los tipos de estimulación prenatal como: la motora, visual, sensorial y auditiva, esta última recibió un alto porcentaje de practica por las jóvenes gestantes atendidas en ambas sedes quienes manifestaron hablar al bebe durante el día.

Sede Rafael Valle Meza

Tabla 17 Prácticas de higiene y aseo personal

PRACTICAS DE HIGIENE Y ASEO PERSONAL		
RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 baño diario	12	24%
R2 lavado de manos	0	0%
R3 higiene intima	0	0%
R4 aseo bucal	0	0%
R5 todas las anteriores	38	76%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 17 Practicas de higiene y aseo personal

Fuente: Elaboración propia.

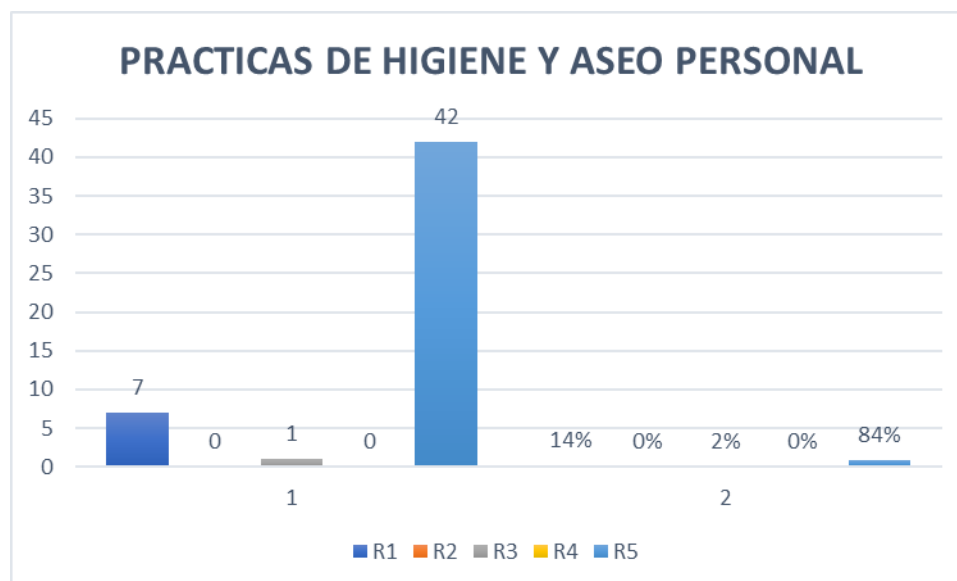
En la gráfica 17, en cuanto a las prácticas de higiene y aseo personal, en la sede Rafael Valle Meza se plasmó que 12 mujeres con un 24% realizan su baño diario, un 0% no practica el lavado de manos, la higiene íntima y el aseo bucal y las 38 gestantes con un 76% practican todas las anteriores.

Sede San Martin

Tabla 17 Practicas de higiene y aseo personal

PRACTICAS DE HIGIENE Y ASEO PERSONAL		
RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 baño diario	7	14%
R2 lavado de manos	0	0%
R3 higiene intima	1	2%
R4 aseo bucal	0	0%
R5 todas las anteriores	42	84%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 17 Prácticas de higiene y aseo personal

Fuente: Elaboración propia.

En la sede San Martín, se muestra que 7 encuestadas con el porcentaje de 14% realizan el baño diario, que el porcentaje de 0% es alusivo a la práctica de lavado de manos y el aseo bucal, 1 de las mujeres con un 2% indicó que practica la higiene íntima y 42 con un porcentaje de 84% señalaron realizar todas las prácticas anteriores. Donde queda reflejado que en ambas sedes hay falencias en la práctica de lavado de manos, higiene íntima y aseo bucal. Sin embargo, se puede apreciar un porcentaje alto de gestantes que aplican todas las prácticas de higiene y aseo personal.

Los datos obtenidos en las preguntas asociadas al segundo objetivo, representan una brecha con los presentados por Barreto R, 2020, donde comparaban los resultados del embarazo y del parto de mujeres que practicaron yoga prenatal y aquellas que no. Concluyó que aportó mejor respiración durante el parto, correcta posición durante la dilatación y el expulsivo, así mismo favoreció la propia oxitocina. Mientras que observamos que, en las encuestadas de esta investigación, no realizan yoga, ni ninguna otra práctica física; que podría satisfacer las necesidades que se presentan durante el parto.

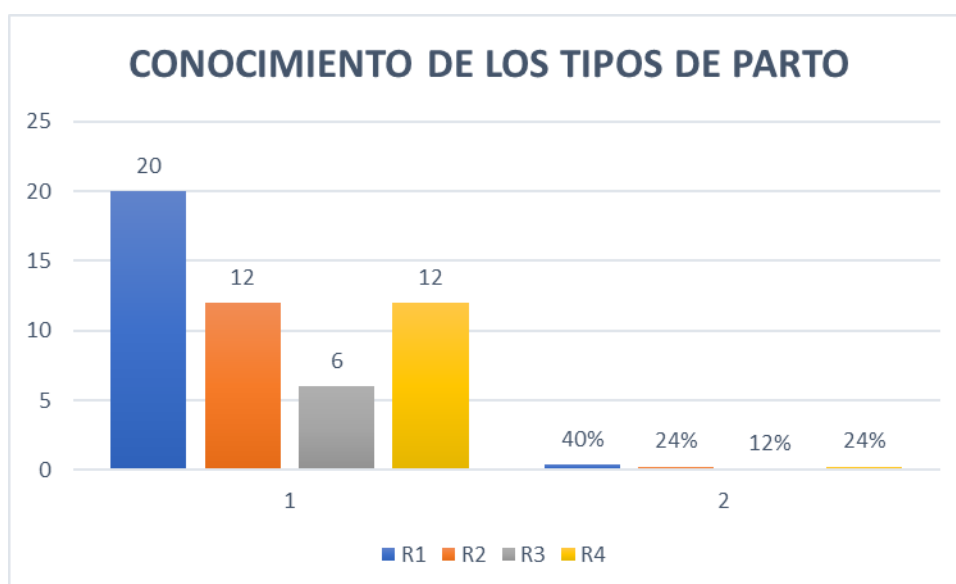
Sede Rafael Valle Meza

Tabla 18 Conocimiento de los tipos de parto

CONOCIMIENTO DE LOS TIPOS DE PARTO		
PREGUNTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 parto natural	20	40%
R2 parto quirúrgico	12	24%
R3 ninguno	6	12%
R4 todos	12	24%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 18 Conocimiento de los tipos de parto



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 18, se identifica que en la sede Rafael Valle Meza, 20 gestantes que representa al 40% de las encuestadas indicaron conocer el parto natural, 12 que representa al 24% conocen el parto quirúrgico, 6 que representa al 12% no conocen ninguno de los 2 tipos de parto y finalmente 12 que representa al 24% conocen ambos tipos de parto.

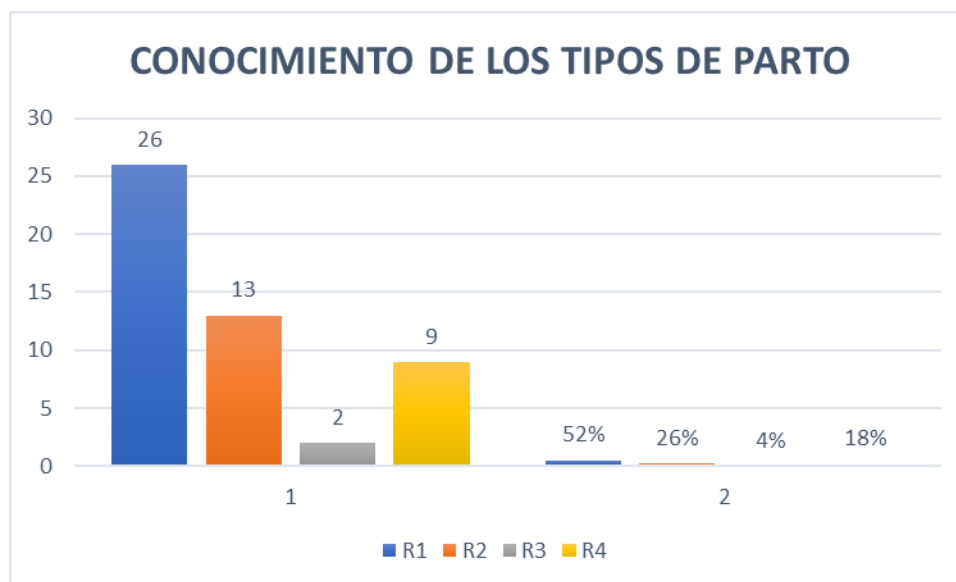
Sede San Martín

Tabla 18 Conocimiento de los tipos de parto

CONOCIMIENTO DE LOS TIPOS DE PARTO		
PREGUNTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 parto natural	26	52%
R2 parto quirúrgico	13	26%
R3 ninguno	2	4%
R4 todos	9	18%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 18 Conocimiento de los tipos de parto



Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, en la sede San Martín, 26 mujeres equivalentes al 52% señalaron conocer el parto natural, 13 que equivalen al 26% conocen el parto quirúrgico, 2 equivalentes al 4% no conocen ninguno y 9 equivalentes al 18% conocen los dos tipos de parto. De lo cual se deduce, que en la primera sede hay un mayor porcentaje de mujeres que conocen ambos tipos de parto, pero en la segunda sede existe un menor porcentaje de las gestantes que desconoce alguno de los

dos tipos de parto. Y en ambas sedes se registró un porcentaje alto del conocimiento sobre el parto natural antes que el quirúrgico.

Lo que ratifica que los tipos de parto no son desconocidos en Valledupar, ni en Colombia; pues se ha avanzado de hecho en el reconocimiento legal y la protección de derechos en el proceso de parto, como la Ley 2244 de 2022 sobre el parto humanizado, que busca un acompañamiento respetuoso y con libertad de decisión para la mujer.

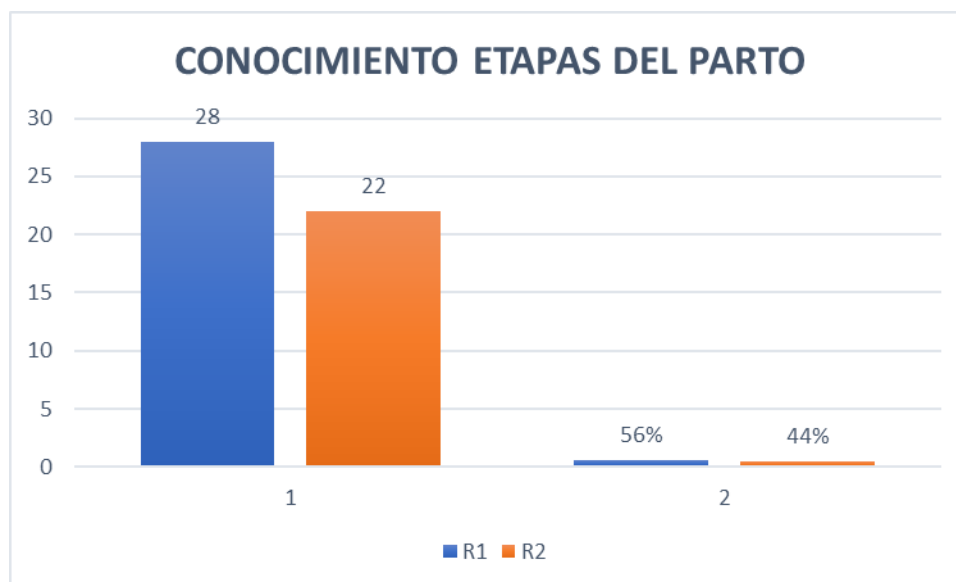
Sede Rafael Valle Meza

Tabla 19 Conocimiento etapas del parto

CONOCIMIENTO ETAPAS DEL PARTO		
PREGUNTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 si	28	52%
R2 no	22	44%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 19 Conocimiento etapas del parto



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 19, se observa que en la sede Rafael Valle Meza un 56% aludido a 28 mujeres conocen que el parto tiene etapas y un 44% aludido a 22 gestantes no conocen que el parto consta de unas etapas.

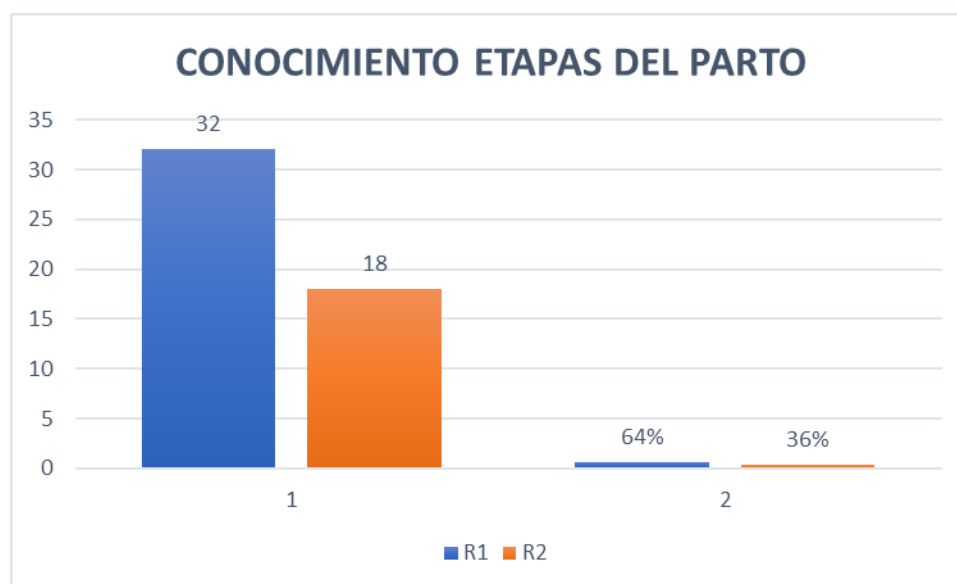
Sede San Martin

Tabla 19 Conocimiento etapas del parto

CONOCIMIENTO ETAPAS DEL PARTO		
PREGUNTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 si	32	64%
R2 no	18	36%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 19 Conocimiento etapas del parto



Fuente: Elaboración propia.

En la sede San Martin un 64% que refleja a 32 gestantes conocen de las etapas del parto y un 36% que refleja a 18 mujeres desconocen que el parto transcurre por etapas. De lo anterior, se puede decir que en la segunda sede hay mayor conocimiento de etapas del parto comparado con la primera.

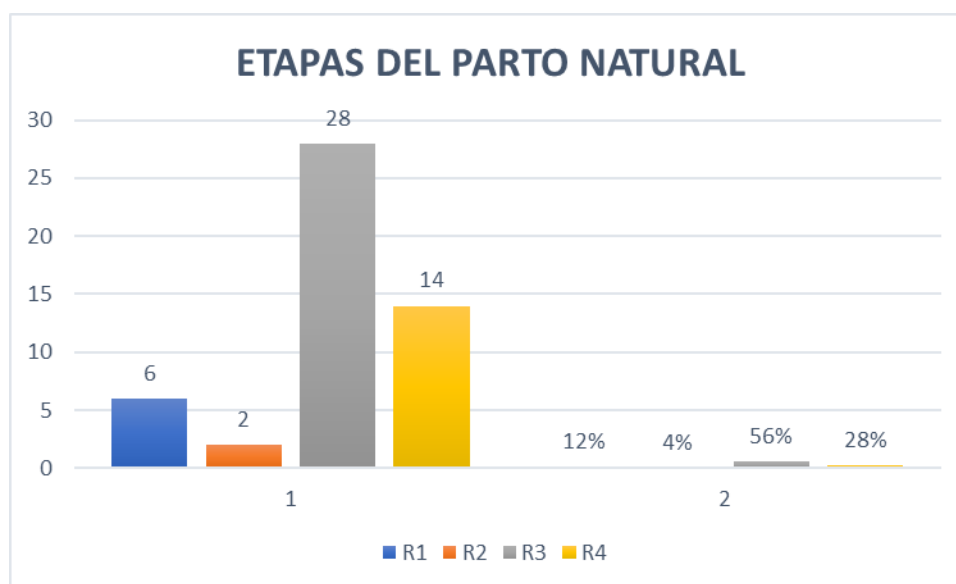
Sede Rafael Valle Meza

Tabla 20 Etapas del parto natural

ETAPAS DEL PARTO NATURAL		
PREGUNTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 una	6	12%
R2 dos	2	4%
R3 tres	28	56%
R4 ninguna	14	28%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 20 Etapas del parto natural



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 20, se puede observar que en la sede Rafael Valle Meza 6 gestantes con un 12% indicaron que el parto tiene una etapa, 2 con un 4% que el parto tiene dos etapas, 28 con un 56% que el parto tiene tres etapas y 14 con un 28% que el parto no tiene ninguna etapa.

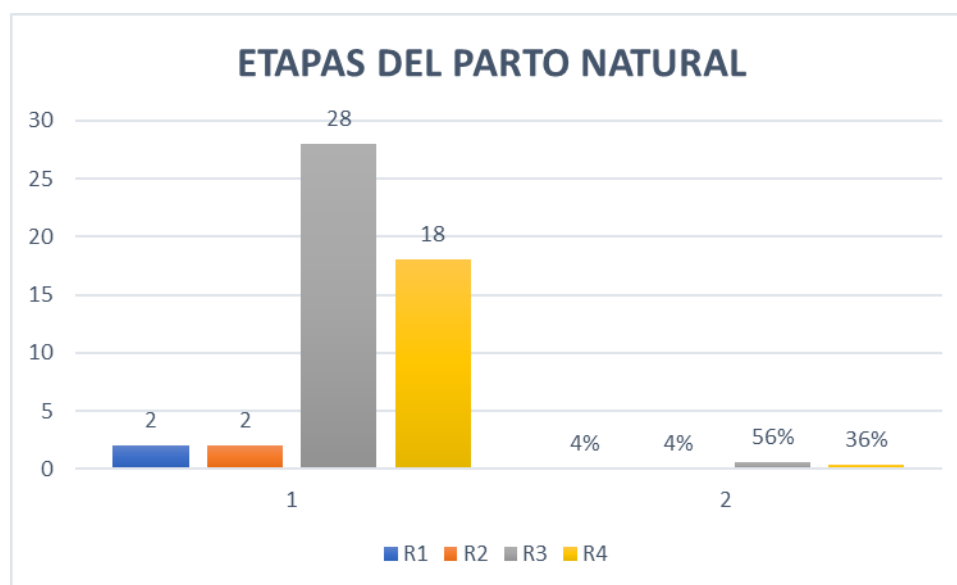
Sede San Martín

Tabla 20 Etapas del parto natural

ETAPAS DEL PARTO NATURAL		
PREGUNTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 una	2	4%
R2 dos	2	4%
R3 tres	28	56%
R4 ninguna	18	36%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 20 Etapas del parto natural



Fuente: Elaboración propia.

En la sede San Martín que 2 mujeres con un 4% marcaron que el parto tiene una etapa, 2 con un 4% que el parto tiene dos etapas, 28 con un 56% que el parto tiene tres etapas y 18 con un 36% que el parto no tiene ninguna etapa. Ambas sedes tuvieron el mismo porcentaje de conocimiento de que el parto tiene tres etapas.

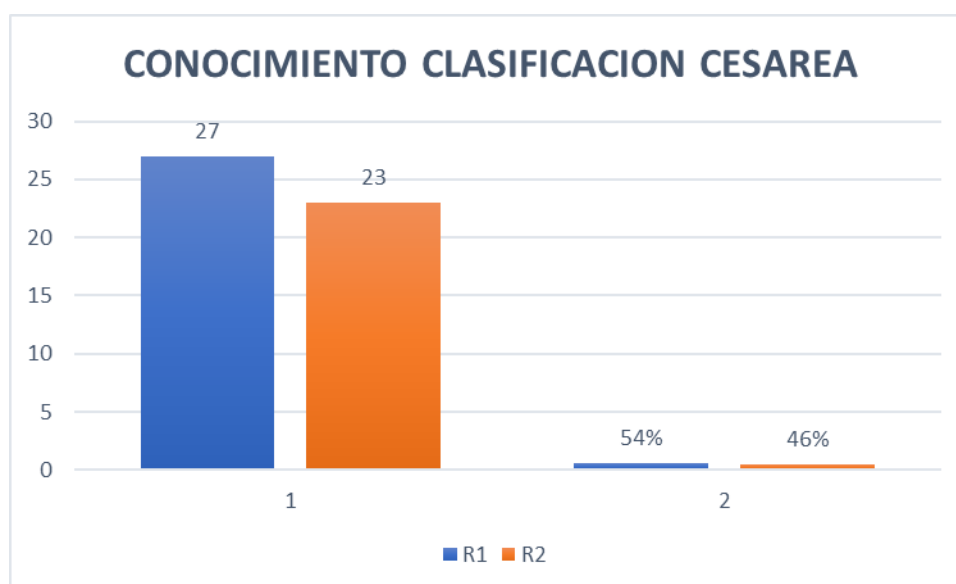
Sede Rafael Valle Meza

Tabla 21 Conocimiento clasificación de la cesárea

CONOCIMIENTO CLASIFICACION DE LA CESAREA		
PREGUNTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 si	27	54%
R2 no	23	46%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 21 Conocimiento clasificación de la cesárea



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 21, se puede notar que en la sede Rafael Valle Meza que con un 54% se muestra que 27 gestantes si conocen la clasificación de la cesárea y con un 46% se muestra que 23 la desconocen.

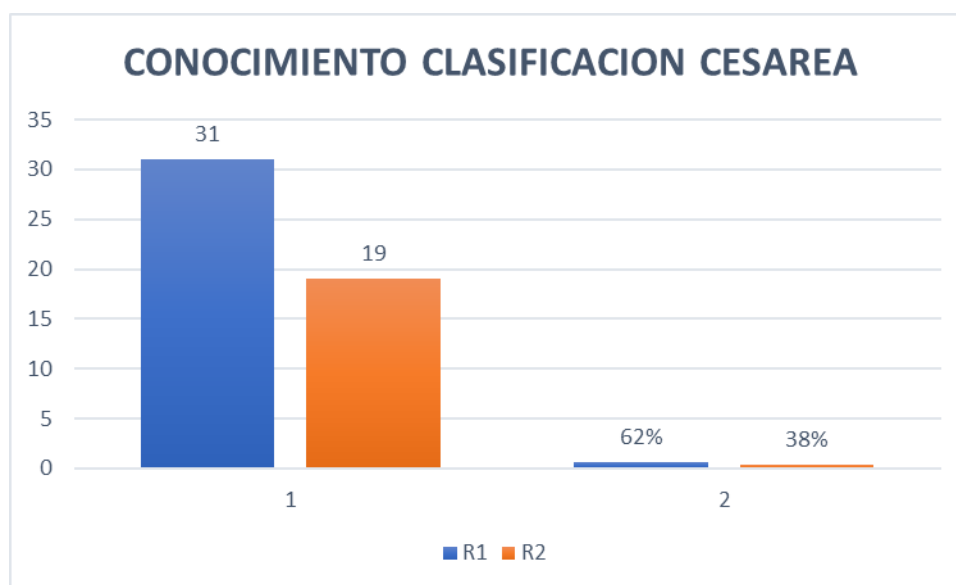
Sede San Martín

Tabla 21 Conocimiento clasificación de la cesárea

CONOCIMIENTO CLASIFICACION DE LA CESAREA		
PREGUNTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 si	31	62%
R2 no	19	38%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 21 Conocimiento clasificación de cesárea



Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, en la sede San Martín, con un 62% se indica que 31 mujeres conocen que existe una clasificación de la cesárea y un 38% indica que 19 gestantes no. Lo que permite analizar que en la segunda sede es mayor el conocimiento de las jóvenes gestantes en cuanto a la clasificación de la cesárea.

Sede Rafael Valle Meza

Tabla 22 Clasificación del parto quirúrgico

CLASIFICACION DEL PARTO QUIRURGICO		
PREGUNTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 primaria	2	4%
R2 iterativa	1	2%
R3 previa	4	8%
R4 urgencia	13	26%
R5 electiva	0	0%
R6 corporal	0	0%
R7 vertical	3	6%
R8 transversal	4	8%
R9 ninguna	23	46%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 22 Clasificación del parto quirúrgico



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 22, se aprecia que en la sede Rafael Valle Meza un 4% representativo a 2 mujeres conocen la cesárea primaria, un 2% igual a 1 conoce la cesárea iterativa, un 8% que alude a 4 gestantes conocen la cesárea previa, un 26% correspondiente a 13 conocen la cesárea de urgencia, un 0% conoce la cesárea electiva y corporal, un 6% representativo a 3 mujeres conocen la cesárea vertical, un 8% que alude a 4 gestantes conocen la cesárea transversal y un 46% correspondiente a 23 que no conocen ningún tipo de cesárea antes mencionados.

Sede San Martín

Tabla 22 Clasificación del parto quirúrgico

CLASIFICACION DEL PARTO QUIRURGICO		
PREGUNTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 primaria	4	8%
R2 iterativa	1	2%
R3 previa	3	6%
R4 urgencia	19	38%
R5 efectiva	1	2%
R6 corporal	2	4%
R7 vertical	1	2%
R8 transversal	1	2%
R9 ninguna	18	36%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 22 Clasificación del parto quirúrgico

Fuente: Elaboración propia.

En la sede San Martín 4 gestantes con un 8% conocen la cesárea primaria, 1 con 2% conoce la cesárea iterativa, electiva, vertical y transversal, 3 con un 6% conocen la cesárea previa, 19 con un 38% conocen la cesárea de urgencia y 18 con un 36% no conoce ninguna clasificación de las cesáreas.

Se puede inferir que en la primera sede hay un desconocimiento total de la cesárea electiva y corporal; sumado a eso, en ambas sedes hay un promedio específico alto que permite inferir que la cesárea por urgencia es la más conocida dentro de la clasificación.

Al analizar estos datos con un estudio realizado en una clínica de alta complejidad en Bogotá, Colombia llamado “Clasificación de las cesáreas en los grupos de Robson e identificación de sus principales indicaciones” López et al. (2018). En el que se incluyeron todas las mujeres con parto institucional entre marzo y julio de 2018 y se clasificaron en grupos de Robson que es una herramienta estandarizada y reconocida internacionalmente que ayuda a la evaluación de la práctica clínica y a la salud pública. Las conclusiones fueron que las mujeres con antecedente de cicatriz uterina previa y nulíparas con inducción o cesárea electiva representan el mayor porcentaje de cesárea en la clínica Corpas. El grupo 2 presenta una proporción específica de cesárea significativamente alta. La necesidad de hospitalización y mortalidad neonatal se encontraron en el grupo de nulíparas con inducción o cesárea electiva y prematuros.

Sede Rafael Valle Meza

Tabla 23 Indicaciones del parto vaginal

INDICACIONES DEL PARTO VAGINAL		
RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 embarazo a termino	9	18%
R2 presentación cefálica	7	14%
R3 parto inducido	13	26%
R4 elección materna	3	6%
R5 estado fetal adecuado	3	6%
R6 ausencia de preeclampsia	9	18%
R7 no ruptura de membrana	0	0%
R8 ninguna	6	12%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 23 Indicaciones del parto vaginal



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 23, se identifica que en la sede Rafael Valle Meza un 18% es decir, 9 gestantes conocen como indicación de parto vaginal el embarazo a término, con un 14% 7 mujeres conocen la presentación cefálica, un 26% referente a 13 conocen el parto inducido, un 6% refleja a 3 que conocen la elección materna al igual que el estado de salud fetal adecuado como indicación de

parto, un 18% equivalente a 9 conocen el no tener preeclampsia, un 0% conoce no tener rompimiento prematura de membranas y un 12% expresado por 6 gestantes no conocen ninguna de las indicaciones de un parto vaginal.

Sede San Martin

Tabla 23 Indicaciones del parto vaginal

INDICACIONES DEL PARTO VAGINAL		
RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 embarazo a termino	15	30%
R2 presentación cefálica	6	12%
R3 parto inducido	12	24%
R4 elección materna	1	2%
R5 estado fetal adecuado	5	10%
R6 ausencia de preeclampsia	5	10%
R7 no ruptura de membrana	0	0%
R8 ninguna	6	12%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 23 Indicaciones del parto vaginal



Fuente: Elaboración propia.

En la sede San Martín 15 gestantes con un 30% conocen el embarazo a término como indicación de parto vaginal, 6 con un 12% conocen la presentación cefálica, 12 con un 24% conocen el parto inducido, 1 alusivo a 2% conoce de la elección materna como indicación, un 10% representativo de 5 mujeres conocen tanto el estado de salud fetal adecuado como el no tener preeclampsia, un 0% conoce no tener rompimiento prematuro de membranas y 6 con un 12% no conocen ninguna de las indicaciones mencionadas correspondientes al parto vaginal.

De lo anterior se deduce que, en la primera sede existe una cantidad menor de gestantes que conocen que el embarazo a término exitoso es una indicación de parto vaginal, comparado con la segunda sede que obtuvo un promedio más alto; mientras que en ambas sedes hay jóvenes que desconocen que el rompimiento prematuro de membranas es una indicación de parto vaginal, también se nota un porcentaje parejo de desconocimiento de las indicaciones del parto vaginal en general en un 12%.

Sede Rafael Valle Meza

Tabla 24 Indicaciones del parto quirúrgico

INDICACIONES DEL PARTO QUIRURGICO		
RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 gestación multiple	0	0%
R2 sufrimiento fetal	1	2%
R3 malformación fetal	0	0%
R4 placenta previa	5	10%
R5 malposición fetal	8	16%
R6 infección canal vaginal	0	0%
R7 prolapso cordón umbilical	3	6%
R8 ruptura uterina	1	2%
R9 cesarea previa	12	24%
R10 cardiopatía	0	0%
R11 fistula uterina	0	0%
R12 estrechez pélvica	0	0%
R13 hipertensión	5	10%
R14 diabetes	0	0%
R15 ninguna	15	30%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 24 Indicaciones del parto quirúrgico

Fuente: Elaboración propia.

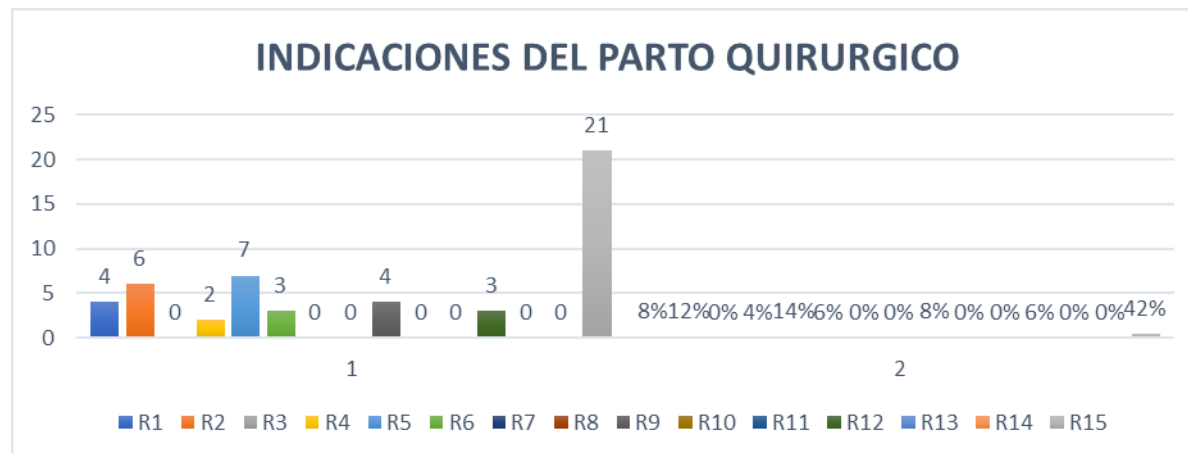
En la gráfica 24, se puede analizar que en la sede Rafael Valle Meza un 0% representa al porcentaje de gestantes que conocen que la gestación múltiple, malformación fetal, infección del canal vaginal, cardiopatía o cáncer en madre, fistula uterina, estrechez pélvica y la diabetes son indicaciones para la realización de un parto quirúrgico.

Sede San Martín

Tabla 24 Indicaciones del parto quirúrgico

INDICACIONES DEL PARTO QUIRURGICO		
RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 gestación múltiple	4	8%
R2 sufrimiento fetal	6	12%
R3 malformación fetal	0	0%
R4 placenta previa	2	4%
R5 malposición fetal	7	14%
R6 infección canal vaginal	3	6%
R7 prolapso cordón umbilical	0	0%
R8 ruptura uterina	0	0%
R9 cesarea previa	4	8%
R10 cardiopatía	0	0%
R11 fistula uterina	0	0%
R12 estrechez pélvica	3	6%
R13 hipertensión	0	0%
R14 diabetes	0	0%
R15 ninguna	21	42%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 24 Indicaciones de parto quirúrgico

Fuente: Elaboración propia.

En la sede San Martín además de esas mismas, se suman al desconocimiento de las jóvenes en un 0% el prolapso del cordón umbilical, la ruptura uterina y la hipertensión como indicaciones propias de un parto quirúrgico. En la primera sede se halló que 12 mujeres con un 12% tienen conocimiento sobre la cesárea previa como indicación del parto quirúrgico y en la segunda sede 21 mujeres con un 42% desconocen las indicaciones para un parto quirúrgico al escoger la opción ninguna de las anteriores.

Sede Rafael Valle Meza

Tabla 25 Complicaciones del parto vaginal

COMPLICACIONES DEL PARTO VAGINAL		
RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 parto no progresa	8	16%
R2 desgarros perineales	10	20%
R3 cordón umbilical	8	16%
R4 ritmo cardíaco anormal	3	6%
R5 ruptura de fuente	3	6%
R6 asfixia perinatal	3	6%
R7 distocia de hombros	0	0%
R8 sangrado excesivo	6	12%
R9 infección	3	6%
R10 ninguno	6	12%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 25 Complicaciones del parto vaginal



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 25, se observa que en la sede Rafael Valle Meza 8 jóvenes con un 16% conocen como una complicación del parto vaginal que el trabajo de parto no progrese y problemas con el cordón umbilical, 10 con un 20% conocen los desgarros perineales, 3 con un 6% conocen que la frecuencia cardiaca anormal del bebe, el rompimiento prematuro de la fuente y la asfixia perinatal son complicaciones propias del parto vaginal, 0 con un 0% conocen la distocia de hombros.

Sede San Martin

Tabla 25 Complicaciones del parto vaginal

COMPLICACIONES DEL PARTO VAGINAL		
RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 parto no progresa	9	18%
R2 desgarros perineales	6	12%
R3 cordón umbilical	10	20%
R4 ritmo cardiaco anormal	5	10%
R5 ruptura de fuente	4	8%
R6 asfixia perinatal	5	10%
R7 distocia de hombros	1	2%
R8 sangrado excesivo	6	12%
R9 infección	3	6%
R10 ninguno	1	2%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 25 Complicaciones del parto vaginal

Fuente: Elaboración propia.

En Ambas sedes se registró un porcentaje de 12% relacionado a 6 mujeres que conocen que el sangrado excesivo y un 6% referente a 3 gestantes conocen que las infecciones son complicaciones del parto vaginal. La sede San Martín registró que 10 con un 20% conocen los problemas con el cordón umbilical, además obtuvo el menor porcentaje de desconocimiento de las complicaciones del parto vaginal en un 2% que refleja a 1 mujer, frente al 12% que refleja a 6 mujeres atendidas en la primera sede que indicaron no conocer ninguna complicación relacionada con el parto vaginal.

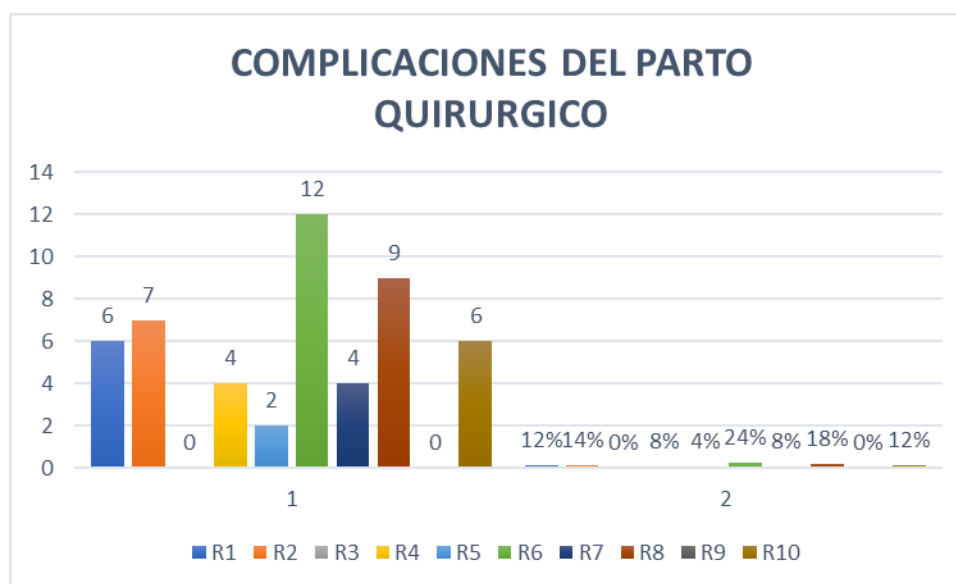
Sede Rafael Valle Meza

Tabla 26 Complicaciones del parto quirúrgico

COMPLICACIONES DEL PARTO QUIRURGICO		
RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 hematoma	6	12%
R2 trauma	7	14%
R3 atonía uterina	0	0%
R4 shock hipovolémico	4	8%
R5 dehiscencia de sutura	2	4%
R6 infección	12	24%
R7 iatrogenia	4	8%
R8 reacciones a la anestesia	9	18%
R9 lesiones en órganos	0	0%
R10 ninguno	6	12%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 26 Complicaciones del parto quirúrgico



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 26, se evidencia que en la sede Rafael Valle Meza con un 12% que 6 gestantes reconocen que el hematoma es una complicación de la cesarea, un 14% que representa a 7 identificaron el trauma, un 0% conoce que la atonía uterina y las lesiones del ligamento ancho son complicaciones propias del parto quirúrgico, un 8% equivalente a 4 conocen el shock hipovolémico y la iatrogenia, un 4% que corresponde a 2 conocen la dehiscencia de sutura, un 24% alusivo a 12 gestantes conocen la infección, un 18% refleja que 9 conocen las reacciones a la anestesia y con un 12% figurativo a 6 mujeres quedó registrado que no conocen ninguna complicación.

Sede San Martin

Tabla 26 Complicaciones del parto quirúrgico

COMPLICACIONES DEL PARTO QUIRURGICO		
RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJES
R1 hematoma	6	12%
R2 trauma	3	6%
R3 atonía uterina	1	2%
R4 shock hipovolémico	1	2%
R5 dehiscencia de sutura	3	6%
R6 infección	9	18%
R7 iatrogenia	3	6%
R8 reacciones a la anestesia	10	20%
R9 lesiones en órganos	6	12%
R10 ninguno	8	16%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 26 Complicaciones del parto quirúrgico

Fuente: Elaboración propia.

En la sede San Martín, se obtuvo un porcentaje igual de conocimiento de los hematomas, pero varió el conocimiento sobre el trauma, dehiscencia de sutura y la iatrogenia como complicaciones de la cesarea en un mismo porcentaje de 6% aludido a 3 mujeres. Por otra parte, un 2% que enmarca a 1 gestante registró conocer la atonía uterina y el shock hipovolémico, un 18% que representa a 9 conocen la infección, un 20% equivalente a 10 conocen las reacciones a la anestesia y un 16% refleja que 8 mujeres no conocen ninguna complicación del parto quirúrgico. De esta manera se puede interpretar que, en la primera sede hay un porcentaje mayor de reconocimiento de la infección, pero uno menor de conocimiento de la dehiscencia de sutura y el conocimiento nulo sobre la atonía uterina como complicación de la cesarea, mientras que en la segunda sede existe mayor conocimiento de las reacciones a la anestesia como complicación, aun así, esta sede obtuvo el porcentaje más alto de desconocimiento de las complicaciones del parto quirúrgico.

Los datos recopilados en los últimos interrogantes que acaparan al tercer objetivo, se enlazan con los resultados de una revisión de Barrera, B. G, Cucoch, P. R, et al. 2022, donde exploraron la percepción de mujeres en edad reproductiva con respecto a las vías de parto. Pudieron concluir que hay mayor preferencia con la vía vaginal sobre la cesárea. Constataron factores como el miedo, influencia de terceros, religión y cultura, nivel socioeconómico y zona

demográfica. También el desconocimiento sobre tipos de parto coincide con las conclusiones del estudio de Crespo-Antepara, Delia Narcisa, 2018, donde se determinó la percepción sobre el parto en libre posición y el parto horizontal y se demostró que el 75% de las encuestadas desconocían el parto vertical.

10 conclusiones

Las conclusiones exponen el cierre de los datos investigativos trazados en tres objetivos, respecto al primer objetivo específico que encaminaba a la caracterización sociodemográfica de las jóvenes atendidas en una IPS de primer nivel en Valledupar, se puede inferir que la mayoría de la población tiene 25 años de edad o más, que cuentan con el nivel de escolaridad de la secundaria en el mayor porcentaje, pertenecientes al estrato económico 1, la ocupación principal es ama de casa, la procedencia mayormente es la zona urbana y el estado de gestación máxime es primigestantes. Todos los datos recolectados en los primeros interrogantes alusivos al primer objetivo, coinciden con los del estudio de Alarcón R, Agripina G, 2017, en el que el mayor porcentaje de las entrevistadas tenía más de 25 años de edad, el nivel de educación que obtuvieron de mayor escogencia fue la secundaria, eran amas de casa y provenientes de zonas urbanas. Y se concluyó en un nivel malo de conocimientos y practicas del parto.

En continuidad con el segundo objetivo específico relacionado a la identificación de las practicas de cuidado de las gestantes que influyen en el tipo de parto natural o quirúrgico, se evidencia que las jóvenes asisten con una alta frecuencia a los controles prenatales, están incluyendo el consumo de frutas, verduras, proteínas dentro de su plan alimenticio durante el embarazo y a su vez la ingesta de suplementos nutricionales y/o vitamínicos como complementos a la dieta, esenciales para el correcto funcionamiento del organismo. Presentan un cumplimiento con el esquema de vacunación de gestantes en Colombia, minimizando así los riesgos que se pueden presentar en los primeros meses de vida del bebé. Sin embargo, fue notorio un número grande de jóvenes que no realizan ninguna actividad física, dando a entender que es habitual el sedentarismo ignorando las posibles complicaciones que se pueden presentar a la hora del parto. En cuanto a las prácticas de estimulación, la que más realizan es la auditiva, hablando diariamente al feto, permitiendo reconocer la voz de sus padres. Por otro lado, de las prácticas de higiene y aseo personal es visible que, aunque realizan el baño diario e higiene íntima, hay una cantidad significativa que deja por fuera el lavado de manos y el aseo bucal dentro de su rutina diaria, permitiendo la aparición de infecciones y riesgos de defectos congénitos dentales derivados de los cambios hormonales y metabólicos de la madre. Los datos obtenidos en las preguntas asociadas al segundo objetivo, representan una brecha con los

presentados por Barreto R, 2020, donde comparaban los resultados del embarazo y del parto de mujeres que practicaron yoga prenatal y aquellas que no. Concluyó que aportó mejor respiración durante el parto, correcta posición durante la dilatación y el expulsivo, así mismo favoreció la propia oxitocina. Mientras que observamos que, en las encuestadas de esta investigación, no realizan yoga, ni ninguna otra práctica física; que podría satisfacer las necesidades que se presentan durante el parto.

Con base al tercer y último objetivo que apunta a indagar acerca del conocimiento sobre las indicaciones y complicaciones del parto natural y quirúrgico, se puede concluir que, existe un porcentaje dominante de conocimiento con relación al parto natural más que la cesárea. Se presentó un pequeño índice de desconocimiento de que el parto natural consta de unas etapas, obteniéndose una cifra alta de conocimiento sobre las tres etapas del parto vaginal. Hay un promedio nivelado de conocimiento de la clasificación de la cesarea, siendo la cesarea por urgencia la más conocida dentro de estas categorías. Pero, con porcentajes muy bajos se nota el desconocimiento de la cesárea electiva y corporal. Según los registros de las indicaciones del parto vaginal se obtuvo mayormente un porcentaje de conocimiento del parto inducido y el embarazo a término, se demostró que hay desinformación sobre el rompimiento prematuro de membranas como una indicación de parto vaginal; sin dejar pasar una participación considerable de gestantes que no conocen ninguna de las indicaciones. Los porcentajes prominentes de complicaciones del parto vaginal representan que los desgarros perineales y los problemas con el cordón umbilical son las más reconocidas. Existe una desinformación de la distocia de hombros como una complicación de este tipo de parto y también se obtuvo una cifra relevante de desconocimiento de las complicaciones referentes al parto natural en general.

Las respuestas obtenidas en las indicaciones de parto quirúrgico, permiten percibir que la indicación más conocida es la cesárea previa, no obstante la desinformación es mayor en relación al parto vaginal, ya que no conocen que la gestación múltiple, las malformaciones fetales, las infecciones del canal vaginal, las cardiopatías, la fistula uterina, la diabetes, a su vez, la ruptura uterina, la hipertensión y el prolapso del cordón umbilical son indicaciones netas para la realización de un parto por cesárea, aludiendo una porción de desconocimiento elevada. Así mismo, analizando los resultados de las complicaciones de este tipo de parto, se distingue una suma alta de mujeres que conocen las infecciones y las reacciones a la anestesia; mientras que

se encuentra una participación casi que nula de conocimiento. Los datos recopilados en los últimos interrogantes que acaparan al tercer objetivo, se enlazan con los resultados de una revisión de Barrera, B. G, Cucoch, P. R, et al. 2022, donde exploraron la percepción de mujeres en edad reproductiva con respecto a las vías de parto. Pudieron concluir que hay mayor preferencia con la vía vaginal sobre la cesárea. Constataron factores como el miedo, influencia de terceros, religión y cultura, nivel socioeconómico y zona demográfica. También el desconocimiento sobre tipos de parto coincide con las conclusiones del estudio de Crespo-Antepara, Delia Narcisa, 2018, donde se determinó la percepción sobre el parto en libre posición y el parto horizontal y se demostró que el 75% de las encuestadas desconocían el parto vertical. de la dehiscencia de sutura y la atonía uterina como complicaciones del parto quirúrgico.

Finalmente, se puede poner de manifiesto, que los factores sociodemográficos, las prácticas de cuidado y el conocimiento influyen en la elección del tipo de parto, porque se tiene en cuenta las condiciones, educación y la experiencia, un nivel básico de aprendizaje limita la construcción del pensamiento crítico frente a temas de salud relevantes en la actualidad.

Recomendaciones

Los resultados de la presente investigación permiten realizar las siguientes sugerencias:

- Se hace necesario fortalecer la educación y preparación para el parto que incluyan información sobre los tipos de parto (vaginal, quirúrgico), proporcionando recursos educativos para que las mujeres y sus compañeros puedan tomar la decisión.
- Que las instituciones de salud ofrezcan las opciones de parto vaginal y quirúrgico, explicando los beneficios y riesgos de cada uno.
- La creación de un servicio culturalmente apropiado para las practicas tradicionales en mujeres indígenas no solo de la región, sino del país. Según los hallazgos de limitantes en el sistema tradicional y las carencias del sistema occidental aportados por el estudio realizado en mujeres Nasa y Misak del Cauca, Colombia: tensiones, subordinación y diálogo intercultural entre dos sistemas médicos.
- Permitir que las gestantes reciban el apoyo emocional y físico durante el parto, independientemente del tipo que elijan, respetando su autonomía.
- Mantener la realización de proyectos como este, que muestran el seguimiento a un indicador de salud pública como lo es la salud materno-fetal, que aportan a la toma de decisiones informadas sobre un proceso de valor, como lo es la vida.

Referencias

Abogados, GP (2023, 12 de septiembre). Ley de Parto Digno en Colombia: Garantizando los Derechos de las Mujeres en el Proceso de Embarazo y Parto. González Páez Abogados. <https://gonzalezpaezabogados.co/ley-de-parto-digno-en-colombia>

Alarcón, R & Agripina, G (2017) conocimientos, estrategias en la atención del parto y práctica de la lactancia materna en puérperas atendidas en el hospital regional docente de Cajamarca (tesis de maestría, universidad nacional de Cajamarca).

Recuperado de <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/2257>

Alcolea, S., y Mohamed, D. (2016). Guía de Cuidados en el Embarazo. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria: Madrid

Barreto, R & Carmen, S. (2020) “Influencia del yoga durante el embarazo en el tipo de parto y duración de las fases del parto” (Tesis de maestría, Universidad de La Coruña). Recuperado de https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/26905/BarretoRamos_SaraCarmen_TFM_2020.pdf

Bocanegra, P. y Migdolia, B. (2016). Prácticas de cuidado y su influencia durante la gestación en Tunja, Colombia. Revista cubana de enfermería, 32 (3), 0–0. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000300006

Bryce y Wana Udobang, E. (2019, julio 29). El país donde dar a luz por cesárea supone un estigma para la madre. BBC. <https://www.bbc.com/mundo/vert-fut-48941162>

Castillo-Santana, P. T., Vallejo-Rodríguez, E. D., Cotes-Cantillo, K. P., & Castañeda-Orjuela, C. A. (2017). Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca, Colombia: tensiones, subordinación y diálogo intercultural entre dos sistemas médicos. Saúde e Sociedade, 26(1), 61–74. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017168743>

Coelho, NR y Vergara, LM (s/f). Teoría de Paterson ezderad: Aplicabilidad humanística en el parto normal . Ufpr.br. Recuperado el 3 de octubre de 2024, de <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/40323/26927>

Cesárea. (s/f). Mayoclinic.org. Recuperado el 30 de septiembre de 2024, de <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/c-section/about/pac-20393655>

de Colombia, M. de S. y. P. S. (s/f-b). Páginas - Salud materna. Gov.co. Recuperado el 31 de octubre de 2024, de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/salud-materna.aspx>

del Portillo, V. C., & Jaraba, Z. M. L. (2024). Comportamiento del parto por cesárea desde los registros del nacido vivo en Colombia año 2013-2022. *Revista Investigación & Sociedad*, 2(2), 108–123. <http://revista.umayor.edu.co/ojs/index.php/revistainvestigacionysociedad/article/view/180>

Dulay, A. T. (s/f). Placenta previa. Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msdmanuals.com/es-co/professional/ginecolog%C3%A1-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/placenta-previa>.

El parto por cesárea paso a paso. (2017, julio 4). Natalben. <https://www.natalben.com/parto/parto-por-cesarea>

Flickr, S. en. (s/f). ¿Cuáles son algunas complicaciones comunes durante el trabajo de parto y el parto? <https://espanol.nichd.nih.gov/>. Recuperado el 30 de octubre de 2024, de <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/labor-delivery/informacion/complicaciones>

González, A. I. (2021) Complicaciones durante el parto vaginal vs cesárea de gestantes con cesárea previa atendidas en hospital regional Lambayeque (trabajo de grado, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo).

Heavey, E., & Maher, M. D. (2016). Desprendimiento de placenta: ¿Los perderemos a los dos?. *Nursing (Ed. Española)*, 33(1), 34-37.

La Paz, C. P. C. (s/f). NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO. Gov.co. Recuperado el 1 de octubre de 2024, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/3Atencion%20del%20Parto.pdf>

MINSA. 2016. Oportuno control prenatal evita riesgos en el embarazo. (s/f). Gob.pe. Recuperado el 3 de octubre de 2024, de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/42823-oportuno-control-prenatal-evita-riesgos-en-el-embarazo>

Mueller, A. (2012, marzo 6). Parto vaginal después de cesárea (PVDC). El Parto es Nuestro. <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/cesarea-y-pvdc-parto-vaginal-despues-de-cesarea/parto-vaginal-despues-de-cesarea>

Muñoz-Henríquez, M., & Pardo Torres, M. P. (2016). Significado de las prácticas de cuidado cultural en gestantes adolescentes de Barranquilla (Colombia). *Aquichan*, 16(1), 43–55. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.1.6>

Narváez, M. (2022, 7 de enero). Escala de valoración de encuestas: Qué es y qué tipos hay. *PreguntaPro*. <https://www.questionpro.com/blog/es/escala-de-valoracion-de-encuestas/>

Natalben (2022). Parto por cesárea paso a paso.

Recuperado de <https://www.natalben.com/parto/parto-por-cesarea>

Organización Mundial de la Salud. (2018).. Nutrición de las mujeres en el periodo pregestacional, durante el embarazo y durante la lactancia. *Who.int*. Recuperado el 3 de octubre de 2024, de https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/eb130/b130_11-sp.pdf

Pastor Urquiaga, K. J., & Sánchez Palacios, S. T. (2019). Conocimientos, Aceptación del embarazo y prácticas de autocuidado en gestantes adolescentes.

Percepción: Definición, Tipos, Etapas, Factores Que Lo Afectan Y Más. (2017, 11 de diciembre). *PsicoPortal* . <https://psicoportal.com/psicologia-basica/percepcion/>

Rodríguez, D. (2021, 4 de junio). Cirugía. Concepto de - Definición de. <https://conceptodefinicion.de/cirugia/>

Rosado, J., Montoya, L., Rosado, K., Zavala, J. & Puerto, F. (2013) *Revista Biomédica*. Frecuencia, indicaciones y conocimientos de embarazadas sobre la cesárea: El caso de un hospital de la ciudad de Mérida, Yucatán (24)3, 100-108.

Recuperado de <https://www.revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/62/74>

Solo se deben practicar las cesáreas que sean necesarias por motivos médicos. (s/f). Quien.int. Recuperado el 21 de marzo de 2025, de <https://www.who.int/es/news/item/09-04-2015-cesarean-sections-should-only-be-realed-when-medically-necessary>

Soto L, Carmen, Teuber L, Hilda, Cabrera F, Clemencia, Marín N, Miguel, Cabrera D, Jorge, Da Costa S, Mahal, & Araneda C, Heriberto. (2006). EDUCACIÓN PRENATAL Y SU RELACIÓN CON EL TIPO DE PARTO: UNA VÍA HACIA EL PARTO NATURAL. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 71(2), 98-103.

Recuperado de https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262006000200005&script=sci_abstract

(S/f-b). Unicef.org. Recuperado el 3 de octubre de 2024, de <https://www.unicef.org/cuba/media/6526/file/Manual%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20alimentaria%20y%20nutricional%20a%20embarazadas%20en%20hogares%20maternos.pdf>

Suárez, M. (2021, junio 16). Un informe de la OMS muestra un incremento de las cesáreas en todo el mundo. Qué! <https://www.que.es/2021/06/16/informe-oms-incremento-cesareas-mundo/>

UniProyecta. (2022, 28 de septiembre). Definición De Práctica Según Autores . UniProyecta. <https://uniproyecta.com/definicion-de-practica-segun-autores/>

Velasquez, P. (2019, octubre 2). Llegó el reglamento del MAITE – Resolución 2626 de 2019. CONSULTORSALUD. <https://consultorsalud.com/llego-el-reglamento-del-maite-resolucion-2626-de-2019/>

Vivas, MA (2021, 16 de junio). 1 de cada 5 partos en el mundo se realiza por cesárea. CONSULTORSALUD. <https://consultoresalud.com/1-de-cada-5-partos-por-cesarea/>

Vives, JA (2023, 14 de marzo). ¿Qué es la atención médica según la OMS? Centrobanamex.com.Mx. <https://www.centrobanamex.com.mx/que-es-la-atencion-medica-segun-la-oms/>

Zuleta-Tobón, JJ (2023). Evolución de la cesárea en Colombia y su asociación con la naturaleza jurídica de la institución donde se atiende el parto. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 74 (1), 15–27. <https://doi.org/10.18597/rcog.3901>

ANEXOS



UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE INSTRUMENTACION QUIRURGICA

Anexas 1 Instrumento Para La Recopilación De Datos

La información personal recogida es confidencial y solo será manejada con fines netamente estadísticos y de caracterización, estos datos nunca serán utilizados a nombre propio, ni para un fin diferente al ya mencionado. Este proyecto se acoge al principio de confidencialidad de la información establecido en la ley.

OBJETIVO: Evaluar la percepción de las jóvenes gestantes sobre las formas de parto natural y quirúrgico en una IPS de primer nivel en Valledupar.

***Obligatorio**

1. EDAD*

ENTRE 18-21 AÑOS

ENTRE 22-25 AÑOS

MAYOR DE 25 AÑOS

2. NIVEL DE ESCOLARIDAD*

PREESCOLAR

PRIMARIA

SECUNDARIA

TÉCNICO

TECNÓLOGO

SUPERIOR

3. ESTRATO ECONOMICO*

I

II

III

IV

V

VI

4. OCUPACION*

INDEPENDIENTE

EMPLEADA

GERENTE DEL HOGAR/AMA DE CASA

5. PROCEDENCIA*

ZONA URBANA

ZONA RURAL

TERRITORIO EXTRANJERO

TERRITORIO INDÍGENA

6. ESTADO DE GESTACION*

PRIMIGESTANTE

MULTIGESTANTE

7. ¿ASISTE AL CONTROL PRENATAL? *

SI

NO

8. ¿CON QUE FRECUENCIA ASISTE A LOS CONTROLES? *

SIEMPRE

CASI SIEMPRE

A VECES

RARA VEZ

NUNCA

9. ¿CADA CUANTO CONSUME FRUTAS? *

SIEMPRE

CASI SIEMPRE

A VECES

RARA VEZ

NUNCA

10. ¿CADA CUANTO CONSUME VERDURAS? *

SIEMPRE

CASI SIEMPRE

A VECES

RARA VEZ

NUNCA

11. ¿CADA CUANNTTO CONSUME PROTEÍNAS? *

SIEMPRE

CASI SIEMPRE

A VECES

RARA VEZ

NUNCA

12. ¿INGIERE SUPLEMENTOS NUTRICIONALES O VITAMINAS? *

SI

NO

13. ¿APLICA EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DURANTE CADA TRIMESTRE? *

SI

NO

14. ¿REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA? *

SI

NO

15. ¿QUE ACTIVIDADES FISICAS REALIZAN? *

YOGA

CAMINAR

EJERCICIOS DE PILATES

AERÓBICOS

NADAR

OTRA

NINGUNA

16. ¿QUÉ PRÁCTICAS DE ESTIMULACIÓN PRENATAL UTILIZAS? *

MÚSICA

TACTO

LUZ EN EL ABDOMEN

HABLAR AL BEBE

NINGUNA

17. ¿QUÉ PRÁCTICAS DE HIGIENE Y ASEO PERSONAL APLICAS? *

BAÑO DIARIO

LAVADO DE MANOS

HIGIENE INTIMA

ASEO BUCAL

TODAS LAS ANTERIORES

18. ¿QUÉ TIPOS DE PARTO CONOCE? *

PARTO NATURAL

PARTO QUIRÚRGICO

NINGUNO

TODOS

19. ¿CONOCE LAS ETAPAS QUE TIENE EL PARTO? *

SI

NO

20. ¿CUANTAS ETAPAS TIENE EL PARTO? *

UNA

DOS

TRES

21. ¿CONOCE LA CLASIFICACIÓN DE LA CESÁREA? *

SI

NO

22. ¿CUÁLES DE ESTAS CLASES DE CESAREA CONOCE? *

PRIMARIA

TERATIVA

PREVIA

URGENCIA

ELECTIVA

CORPORAL

VERTICAL

TRANSVERSAL

23. SELECCIONE LAS INDICACIONES DEL PARTO VAGINAL QUE USTED CONOCE *

EMBARAZO A TERMINO
PRESENTACIÓN CEFÁLICA
PARTO INDUCIDO Y/O ESPONTANEO
ELECCIÓN MATERNA
ESTADO DE SALUD FETAL ADECUADO
NO TENER PREECLAMPSIA
NO TENER ROMPIMIENTO PREMATURO DE MEMBRANAS

24. SELECCIONE LAS INDICACIONES DEL PARTO QUIRÚRGICO (CESÁREA) QUE USTED CONOCE *

GESTACIÓN MÚLTIPLE
SUFRIMIENTO FETAL
MALFORMACIÓN FETAL
PLACENTA PREVIA
MAL POSICIÓN FETAL
INFECCIÓN CANAL VAGINAL
PROLAPSO CORDÓN UMBILICAL
RUPTURA UTERINA
CESÁREA O CIRUGÍAS PREVIAS
CARDIOPATÍA O CÁNCER EN MADRE
FISTULA UTERINA
ESTRECHEZ PÉLVICA
HIPERTENSIÓN
DIABETES

25. ESCOJA LAS OPCIONES QUE CONSIDERE COMPLICACIONES DEL PARTO VAGINAL *

EL TRABAJO DE PARTO NO PROGRESA
DESGARROS PERINEALES
PROBLEMAS CON EL CORDÓN UMBILICAL
FRECUENCIA CARDÍACA ANORMAL DEL BEBÉ
LA FUENTE SE ROMPE DE MANERA PREMATURA
ASFIXIA PERINATAL
DISTOCIA DE HOMBROS
SANGRADO EXCESIVO
INFECCIÓN

26. SELECCIONE LAS COMPLICACIONES DE PARTO QUIRÚRGICO (CESÁREA) QUE
USTED CONOCE *

HEMATOMA
TRAUMA
ATONÍA UTERINA
SHOCK HIPOVOLÉMICO
DEHISCENCIA DE SUTURA
INFECCIÓN
IATROGENIA
REACCIONES A LA ANESTESIA
LESIONES EN EL LIGAMENTO ANCHO, INTESTINO DELGADO ENTRE OTRAS.

Anexo 2. Operacionalización de Variables

OBJETIVO GENERAL	Evaluar la percepción de las jóvenes gestantes sobre las formas de parto natural y quirúrgico en dos IPS de primer nivel en Valledupar 2025.					
OBJETIVO ESPECIFICO	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	MEDICIÓN	INDICADORES	ITEM
1. Caracterizar socio demográficamente a la población de jóvenes embarazadas atendidas en una IPS de primer nivel en Valledupar.	Edad	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.	Cuantitativa	Razón	Mayores de 18 años rango de edad según el DANE	1
	Nivel de Escolaridad	Es el proceso de facilitar el aprendizaje o la adquisición de conocimientos.	Cualitativa	Ordinal	Preescolar Primaria Secundaria Superior	2
	Estrato económico	La situación de una persona según la educación, los ingresos y el tipo de trabajo que tiene.	Cuantitativa	Ordinal	I-II-III IV- V- VI	3
	Ocupación	Trabajo u oficio remunerado.	Cualitativa	Nominal	Independiente Empleada Gerente del hogar	4
	Lugar de procedencia	Origen o lugar donde alguien nace.	Cualitativa	Nominal	Urbano Rural Extranjero Territorio indígena	5

OBJETIVO ESPECÍFICO	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	MEDICIÓN	INDICADORES	ITEM
2. Identificar las prácticas de cuidado de las gestantes, que influyen en el tipo de parto natural-quirúrgico.	Prácticas de cuidado de las gestantes	Aquellas actividades que realizan las madres con ellas mismas y sus hijos por nacer durante el proceso prenatal con el fin de mantener la salud, atender sus enfermedades y conservar su bienestar y al de su hijo por nacer.	Cualitativa	Nominal	Consultas médicas Alimentación adecuada suplementos Vacunas Ejercicio y actividad física Estimulación prenatal Higiene personal Descanso adecuado Manejo del estrés Monitoreo de síntomas	7-17

3. Indagar acerca del conocimiento de las indicaciones y complicaciones del parto vaginal y quirúrgico.	Conocimientos y percepciones	Es la capacidad que tiene el ser humano para identificar, observar y analizar lo que sucede en la realidad y lo utiliza para su beneficio.	Cualitativa	Nominal	Tipos de parto Etapas del parto Clasificación de cesárea Indicaciones del parto vaginal Indicaciones de cesárea Complicaciones de parto vaginal Complicaciones de cesárea	18-26
	Tipos	Una agrupación basada en características compartidas.	Cualitativa	Nominal	Parto vaginal Parto quirúrgico Parto agua Parto vertical	18
	Etapas	Periodo o fase del desarrollo de un individuo, con unas características propias, que lo diferencian de los demás periodos del desarrollo.	Cualitativa	Nominal	Primera Segunda Tercera	19-20
	Clasificación de cesárea	Ordenar o disponer por clases.	Cualitativa	Nominal	Antecedentes obstétricos madre	21-22

	Indicaciones de parto vaginal	Cualquier tipo de instrucción que se da para poder hacer alguna cosa.	Cualitativa	Nominal	Edad gestacional 37-42 semanas Presentación fetal normal Ausencia de signos de distres fetal Ausencia de enfermedades medicas graves (Hipertensión, diabetes etc.) No tener infección activa No tener placenta previa No tener preeclampsia No Tener rompimiento prematuro de membranas.	23
--	-------------------------------	---	-------------	---------	---	----

	Indicaciones para cesárea	Acción y efecto de directriz.	Cualitativa	Nominal	Gestación múltiple Sufrimiento fetal Malformación fetal Placenta previa Mal posición fetal Infección canal vaginal Prolapso cordón umbilical Ruptura uterina Cesárea o cirugías previas Cardiopatía o cáncer en madre Fistula uterina Estrechez pélvica Hipertensión Diabetes	24
--	---------------------------	-------------------------------	-------------	---------	--	----

	Complicaciones de parto vaginal	Evento inesperado que puede ocasionar perjuicios a la salud del paciente durante o post tratamiento	Cualitativa	Nominal	Distocia de hombros Hemorragia posparto Infección Frecuencia cardíaca fetal baja Prolapso del cordón umbilical Embolia de líquido amniótico Inversión uterina Placenta Accreta Problemas con la posición del bebé	25
	Complicaciones de cesárea	Evento inesperado que puede ocasionar perjuicios a la salud del paciente durante o post tratamiento.	Cualitativa	Nominal	Hematoma Trauma Atonía uterina Shock hipovolémico Dehiscencia de sutura Infección Iatrogenia Reacciones a la anestesia	26

					Lesiones en el ligamento ancho, intestino delgado entre otras.	
--	--	--	--	--	---	--

