

**PARTO HUMANIZADO ASOCIADO A LA DISMINUCIÓN DE LA MORBILIDAD EN
GESTANTES DE BAJO RIESGO EN UNA INSTITUCIÓN DE ALTA COMPLEJIDAD DEL
SECTOR PÚBLICO EN BOGOTÁ 2019**

LAURA LILIANA GARCIA DURAN

JOHANA KATERINE SÁNCHEZ CRUZ

**UNIVERSIDAD CES - UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA
BOGOTÁ D.C., COLOMBIA
NOVIEMBRE 13 DE 2020**

**PARTO HUMANIZADO ASOCIADO A LA DISMINUCIÓN DE LA MORBILIDAD EN GESTANTES
DE BAJO RIESGO EN UNA INSTITUCIÓN DE ALTA COMPLEJIDAD DEL SECTOR PÚBLICO
EN BOGOTÁ 2019**

LAURA LILIANA GARCIA DURAN

JOHANA KATERINE SÁNCHEZ CRUZ

Trabajo de grado

Asesor

Oscar Ivan Quirós Gómez

MSc. PhD Docente División Salud Pública
Facultad de Medicina Universidad CES

**UNIVERSIDAD CES - UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA
BOGOTÁ D.C., COLOMBIA
OCTUBRE 11 DE 2021**

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Contenido

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	11
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	13
2. MARCO TEÓRICO	13
3. HIPÓTESIS	25
4. OBJETIVOS	26
4.1 Objetivo General.....	26
4.2 Objetivos Específicos	26
5. METODOLOGÍA.....	27
5.1 ENFOQUE	27
5.2 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	27
5.3 POBLACIÓN.....	27
5.4 DISEÑO MUESTRAL	28
5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	28
5.6 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES	28
5.7 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	33
5.7.1 Fuente de información	33
5.7.2 Instrumento de recolección de información	34
5.7.3 Proceso de obtención de Información	35
5.7.4 Prueba piloto	35
5.7.5 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS	35
5.8 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	37
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	38
7. RESULTADOS	39
7.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	39
7.2 CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS.....	41
7.3 INTERVENCIONES DE PARTO HUMANIZADO.....	42

7.4 INTERVENCIONES DE PARTO HUMANIZADO ASOCIADAS A PARTO INSTRUMENTADO, CESAREA Y APGAR MENOR A 7.....	44
8. DISCUSIÓN.....	50
9. CONCLUSIONES.....	53
10. RECOMENDACIONES.....	54
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
12. ANEXOS.....	59

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables sociodemográficas.....	29
Tabla 2. Operacionalización de variables características obstétricas.....	30
Tabla 3. Operacionalización de variables intervenciones de parto humanizado....	31
Tabla 4. Operacionalización de variables dependientes.....	32
Tabla 5. Instrumento de recolección de la información.....	34
Tabla 6. Descripción y control de sesgos.....	36
Tabla 7. Características demográficas de la población de bajo riesgo obstetrico..	39
Tabla 8. Características obstétricas de la población de bajo riesgo obstétrico.....	41
Tabla 9. Intervenciones de parto humanizado implementadas durante la atención del parto.....	42
Tabla 10. Asociación de las intervenciones de parto humanizado con la variable parto instrumentado.....	44
Tabla 11. Asociación de las intervenciones de parto humanizado con la variable cesárea.....	45
Tabla 12. Asociación de las intervenciones de parto humanizado con la variable cesárea.....	47
Tabla 13. Medición variables dependientes.....	49

PARTO HUMANIZADO ASOCIADO A LA DISMINUCIÓN DE LA MORBILIDAD EN PACIENTES OBSTÉTRICAS EN UNA INSTITUCIÓN DE ALTA COMPLEJIDAD DEL SECTOR PÚBLICO EN BOGOTÁ

Resumen

Introducción: El parto humanizado se define como: “El conjunto de buenas prácticas para llevar un trabajo de parto y un parto sin complicaciones, las cuales, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), promueven el concepto de la experiencia de la atención como un aspecto fundamental para asegurar una atención de alta calidad en el trabajo de parto y parto y mejores resultados centrados en la mujer y el recién nacido”. A nivel mundial, las complicaciones y muertes maternas durante el trabajo y parto ascienden a razón de 61 por cada 100.000 nacidos vivos, de las cuales el 54% son evitables mejorando los cuidados maternos.

Objetivo: Se evaluó la asociación de las intervenciones del parto humanizado en la disminución de parto instrumentado, cesárea de urgencia y APGAR menor de 7 al nacer en pacientes de bajo riesgo obstétrico en un hospital de alta complejidad de la red pública en Bogotá.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, analítico de tipo transversal en pacientes de bajo riesgo obstétrico donde se evaluó la relación entre los desenlaces: cesárea de urgencia, parto instrumentado, recién nacido con APGAR bajo y los factores de exposición del parto humanizado que tuvieron dichos pacientes en esa muestra.

Resultados: Las variables que demostraron asociación y significación estadística fueron: Lactancia materna para el parto instrumentado, aspiración nasal y contacto piel a piel para cesárea y lactancia materna, aspiración nasal, contacto piel a piel con el neonato y pinzamiento tardío de cordón para un Apgar <7 durante los 5 primeros minutos de vida.

Conclusiones: El parto y el cuidado humanizado es una estrategia útil en la disminución de la morbilidad en gestantes de bajo riesgo obstétrico.

Palabras Clave: Humanización del parto, cesarea, parto obstetrico, complicaciones del trabajo de parto, puntaje apgar.

SUMMARY

HUMANIZED LABOR ASSOCIATED WITH THE DECREASE IN MORBIDITY IN OBSTETRIC PATIENTS IN A HIGHLY COMPLEX INSTITUTION OF THE PRIVATE SECTOR IN BOGOTÁ

Introduction: Humanized childbirth is defined as “the set of good practices for carrying out labor and delivery without complications, which, according to the World Health Organization (WHO), promote the concept of the experience of care as a fundamental aspect to ensure high quality care in labor and delivery and better results focused on women and newborns”. Globally, maternal complications and deaths during labor and delivery amount to 61 per 100,000 live births, of which 54% are avoidable by improving maternal care.

Objective: To evaluate the association of humanized childbirth interventions in the decrease of instrumented childbirth, emergency caesarean section and APGAR less than 7 at birth in patients with low obstetric risk in a high complexity hospital in the private network in Bogotá.

Materials and Methods: Descriptive, observational, analytical, cross-sectional study in patients with low obstetric risk to assess the relationship between the outcomes of emergency caesarean section, instrumented delivery, newborn with low APGAR and risk factors and exposure factors of humanized childbirth.

Results: The variables that demonstrated association and statistical significance were: Breastfeeding for instrumented delivery, nasal aspiration and skin-to-skin contact for caesarean section and breastfeeding, nasal aspiration, skin-to-skin contact with the newborn and delayed cord clamping for an Apgar score <7 during the first 5 minutes of life.

Conclusions: Childbirth and humanized care is an impeccable strategy in reducing morbidity in pregnant women with low obstetric risk.

Keywords: Humanization of birth; cesaria section, delivery obstetric, obstetric labor complications, Apgar score.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial, las complicaciones y muertes maternas durante el trabajo y parto ascienden a razón de 61 por cada 100.000 nacidos vivos, de las cuales el 54% son evitables por cuidados maternos de baja calidad y el 29% adicional asociado a una planificación familiar deficiente. En el 2015 los países miembros de las Naciones Unidas aceptaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) donde la morbilidad materna es una prioridad y donde “la salud materna se concibe no sólo como derecho humano, sino también como sinónimo de desarrollo”, pasando de la mirada asistencialista a una mirada que incluye el respeto, la interculturalidad, los derechos y la equidad (1).

La mortalidad materna a nivel Latinoamérica se ha comportado con tendencia a la disminución de los casos encontrando para el año 1990 una razón de mortalidad materna de 140 por cada 100.000 nacidos vivos y para el año 2010 la razón de mortalidad materna fue de 80 por cada 100.000 nacidos vivos observándose una diferencia significativa (2).

Durante el periodo de gestación pueden surgir (alteraciones) que pueden comprometer la salud de la mujer y el producto de la gestación, la Morbilidad materna contribuye en parte al aumento del número de cesáreas ampliando a su vez los riesgos para la salud y vida de madre y neonato como lo mencionan en el Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología 2014 (Colombia) la tasa de cesáreas aumentó en un 20.8% entre 1998 y 2013. Así mismo los costos para el sistema de salud en la atención cesárea frente a parto vaginal para el año 2019 tienen una diferencia de \$1.062.200 en cada procedimiento (3).

Según el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) en Colombia en 2017, se presentó una razón de 51 casos por cada 100.000 nacidos vivos, de las cuales el 83% evitables relacionados con la calidad de los servicios de salud (4).

Todos estos datos nos llevan a concluir que el proceso del trabajo de parto ha venido sufriendo una medicalización en la cual los médicos pretenden estandarizar y protocolizar el momento del parto, afectando así la experiencia de las pacientes (5). Por lo anterior, hoy en día existe una tendencia en establecer un cambio en la asistencia sanitaria del momento del parto incluyendo a la gestante y a su familia en la toma de decisiones en el momento de parto, con el fin de aumentar la satisfacción y una atención más humana y cercana (6). Además, existen otros estudios donde se afirma que los aspectos psicológicos pueden ser estrategias incluso más efectivas que las intervenciones tecnológicas que se le puedan ofrecer al binomio madre-hijo (7).

El parto humanizado se define entonces como “El conjunto de buenas prácticas para llevar un trabajo de parto y un parto sin complicaciones, las cuales, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), promueven el concepto de la experiencia de la atención como un aspecto fundamental para asegurar una atención de alta calidad en el trabajo de parto y mejores resultados centrados en la mujer y el recién nacido”. En el 2018, la OMS emitió 56 recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva, siendo nuevas 26 (6), para el interés de la presente investigación, se descartan las no recomendadas en función del contexto y las que presentan limitaciones para la implementación en la institución donde se desarrollará el estudio.

Medir el impacto de las acciones propuestas por la OMS ofrece un reto importante en beneficio de la mejora en la atención de la salud sexual y reproductiva y los desenlaces en el trabajo de parto y parto (7), además es importante resaltar que en la literatura actual no existen mediciones del impacto de las intervenciones realizadas en el contexto del parto humanizado y los diferentes desenlaces materno perinatales presentados en Bogotá.

La institución donde se realizó el presente trabajo de investigación es una entidad pública, que, en su promesa de valor, busca prestar servicios de salud de calidad,

orientados a la gestión integral del riesgo. Durante el año 2019 presentó un índice de cesáreas del 38% (8).

Esta investigación pretendió analizar la asociación entre las intervenciones del parto humanizado y su impacto en la disminución de parto instrumentado, cesárea de urgencia, APGAR < 7 a los 5 minutos al nacer el recién nacido, en pacientes obstétricas en una institución de alta complejidad del sector público en Bogotá.

1.2 JUSTIFICACIÓN

En Colombia, en 2017 se presenta el proyecto de Ley 063 del 2017 Ley de parto humanizado cuyo objetivo es “garantizar los derechos de madres a vivir el trabajo de parto, parto y posparto con libertad de decisión, consciencia y respeto, así como los derechos de los recién nacidos”. Este proyecto de ley busca proteger a las madres colombianas para que puedan gozar libremente de sus derechos y se garantice su protección necesaria para que puedan tener un parto y post parto seguro y con todas las condiciones necesarias (9).

Según la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología la atención humanizada del parto se caracteriza por tres variables propias de la gestante tales como su edad, el nivel socioeconómico y la clasificación del riesgo; al momento de identificarlas se evidencia el grado diferencial de la atención humanizada del parto dando a conocer la falta de medidas integrales, oportunas y equitativas para la atención de la mujer gestante; el incumplimiento de sus principios éticos y derechos humanos se ven reflejados al momento de que ocurre la violencia obstétrica generando tratos inhumanos sin causa específica. La atención humanizada del parto es considerada un trato digno para la mujer gestante donde se debe respetar sus creencias, costumbres y opinión acerca del proceso del parto, el personal de salud es pieza clave y fundamental para hacer valer todos estos aspectos y generar a la mujer gestante una experiencia de parto positiva y no traumática; la falta de atención humanizada del parto implica que la gestante perciba maltrato y violencia obstétrica al momento de recibir su atención en salud, generando que sienta temor a la hora de acudir a los servicios de salud y en definitiva prefiera evitar el uso de los mismos(10).

A través de este estudio, se pretendió encontrar la asociación de las intervenciones de parto humanizado en la morbilidad materno perinatal de las pacientes obstétricas de bajo riesgo en una institución de alta complejidad del sector privado en Bogotá, se suministró información útil para la construcción de manuales, guías o

protocolos de parto humanizado mejorando los desenlaces obtenidos en el centro de atención en salud viéndose reflejado en los indicadores y en la percepción positiva de las usuarias y sus familias.

La humanización de la atención incluye la interacción del personal de salud con la usuaria y su familiar (incluye uso de terminología entendible para el paciente y sus familiares, proveer una sensación de seguridad y confianza) que, para el profesional de la salud, en algunos casos no tienen significancia, pero si para la mujer que está experimentando el proceso del trabajo de parto y su familia (7). El acompañamiento del padre o de los familiares durante el proceso del trabajo de parto, es otro de los aspectos que humaniza la atención, ya que esto contribuye a la transformación del rol del padre y tiene una influencia positiva en su relación con el recién nacido y la mujer (7).

Con el fin de lograr que el parto pueda catalogarse como una experiencia positiva para las mujeres, sus bebés y su familia, es clave implementar por medio de la OMS sus recomendaciones en los diferentes ámbitos de interés y con el apoyo de personal sanitario debidamente capacitado, competente y dispuesto a generar un impacto positivo en la población con los recursos disponibles. La implementación de estas recomendaciones permite que todas las usuarias puedan tener acceso a una atención más personalizada en la mujer promoviendo los deberes y derechos de la mujer en su etapa de fertilidad (11).

La evidencia actual muestra que el soporte continuo (definido como personal entrenado para esto como doulas) durante el trabajo de parto, incrementa el parto vaginal espontáneo, disminuye el tiempo de trabajo de parto y disminuye la realización de cesárea, de parto instrumentado, y mejora el APGAR. Al comparar no tener este acompañamiento versus un miembro de su familia o amigo parece incrementar la satisfacción de la mujer en el trabajo de parto (9).

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe asociación de las intervenciones del parto humanizado en el parto instrumentado, cesárea de urgencia, APGAR menor de 7 a los 5 minutos al nacer en pacientes de bajo riesgo obstétrico en una institución de alta complejidad del sector público en Bogotá?

2. MARCO TEÓRICO

El modelo de cuidado de salud a la mujer gestante, la morbilidad y mortalidad materna son temas priorizados en la agenda mundial durante los últimos años. Es así como a través de una mirada integradora “la salud materna se concibe no sólo como derecho humano, sino también como sinónimo de desarrollo” pasando de la mirada asistencialista a una mirada que incluye el respeto, la interculturalidad, los derechos y la equidad (1).

La morbilidad materna extrema al pasar los años se ha visto involucrada como un tema de interés en salud pública por el impacto en los desenlaces fatales si no se controla de la manera adecuada, convirtiéndose así en un marcador de atención oportuna y de calidad en los diferentes centros de atención en salud de Colombia (2).

Según el Instituto Nacional de Salud, en el Protocolo de Vigilancia en Salud pública, en el capítulo de morbilidad materna extrema del 2017, se identificaron los trastornos hipertensivos y las complicaciones hemorrágicas como las causas principales de morbilidad materna. Como trastornos hipertensivos del embarazo se identificaron la preeclampsia y eclampsia, y como complicaciones hemorrágicas, el código rojo secundario a atonía uterina, desgarros del tejido, alteraciones de la inserción de la placenta y discrasias sanguíneas. Los principales factores de riesgo

fueron las edades extremas, siendo la edad más morbida la perteneciente a mayores de 35 años y menores de 15 años. Además, se evaluó la tasa de morbilidad materna según la región geográfica, encontrando la región africana como la más mórbida con un 15%, luego Asia con 6%, luego América latina con 5% y finalmente las regiones de altos ingresos como América del Norte y Europa con 1%. Más específicamente en Colombia, la razón de morbilidad materna extrema durante el 2016 fue de 31 casos por 1000 nacidos vivos, siendo las regiones más mórbidas Cartagena con 58, Vichada con 56, Huila con 50, la Guajira con 49 y Bogotá con 46 casos por cada 1000 nacidos vivos (2).

En Colombia durante el 2017, según el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), se presentó una razón de mortalidad materna de 51 casos por cada 100.000 nacidos vivos, de las cuales el 83% pudieron haber sido evitadas ya que interviene directamente la calidad de los servicios de salud. La mayoría de las muertes maternas corresponden a muertes maternas tempranas, es decir, en el periodo comprendido entre la gestación y los 42 días posparto. Las causas directas de muerte materna se presentaron en un 60%, donde el 40% corresponden a trastornos hipertensivos del embarazo y la hemorragia obstétrica (3).

De otra parte, según el Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna Bogotá OPS 2016 donde se hace una evaluación estadística a nivel mundial, regional y nacional de las muertes maternas se establece es más prevalente en países en vía de desarrollo, esto quiere decir que la población con bajos recursos serían las más afectadas en este caso.

A nivel mundial cada día mueren 800 mujeres pertenecientes a países en vía de desarrollo por causas que pueden ser prevenibles; en el año 1990 la razón mundial de mortalidad materna fue de 380 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos, pero para el año 2013 la razón de mortalidad materna fue de 210 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos observándose una disminución importante pero sin embargo

para poder cumplir la meta fijada en los objetivos de desarrollo sostenible se debe disminuir la razón de mortalidad materna a 70 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos(11).

La mortalidad materna a nivel Latinoamérica se ha comportado con tendencia a la disminución de los casos encontrando para el año 1990 una razón de mortalidad materna de 140 por cada 100.000 nacidos vivos y para el año 2010 la razón de mortalidad materna fue de 80 por cada 100.000 nacidos vivos observándose una diferencia significativa. Varios países en desarrollo muestran disminución de muertes maternas tales como Canadá con una razón de 12 por cada 100.000 nacidos vivos, seguido de Chile con una razón de 25 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos en el 2010; por el contrario, en otros países como Haití continúa con la razón más alta de mortalidad materna 325 casos por cada 100.000 nacidos vivos, seguido de Bolivia con 190 casos, Ecuador 110 casos y Perú 67 casos (11).

Según el Observatorio Nacional de Salud en su segundo informe muestra una reducción de mortalidad materna en Colombia durante el periodo de 1998 al 2011, la razón de mortalidad materna en este periodo descrito anteriormente fue de 78,2 por 100.000 nacidos vivos; para el año 2008 la razón de mortalidad materna fue de 60.8 por 100.000 nacidos vivos presentándose menores casos en este año al contrario del año 2000 se presentó una razón de mortalidad materna de 101.7 por 100.000 nacidos vivos aumentando el número de casos (11).

A nivel departamental para el 2015 Bogotá reportó mayor número de casos de mortalidad materna y los departamentos con menor razón de mortalidad materna para el año 2015 fue Casanare, Quindío, Huila, Boyacá, Santander, Risaralda, Cesar, Norte de Santander, Cartagena, Antioquia, Cundinamarca, Santa Marta y Barranquilla. Los departamentos que tuvieron un aumento en la razón de mortalidad materna fueron en primer lugar Vichada, seguido de Vaupés, Guainía, La Guajira,

Amazonas, Chocó, Putumayo y Caquetá teniendo razones por encima de 100 por cada 100.000 nacidos vivos (11).

Para los años 2010 y 2012 las causas de muerte materna en Colombia según el protocolo de vigilancia epidemiológica fueron predominantes los trastornos hipertensivos 299 casos en un 22.4% y las complicaciones hemorrágicas 262 casos en un 21%, seguido de otras causas como sepsis no gineco obstétricas sepsis gineco obstétricas, infecciosas, respiratorias, aborto, tromboembolismo pulmonar, cardiopatías y causas oncológicas (12).

Para el año 2005 como otras causas de muerte en mujeres en embarazo, parto o puerperio ocupando tercero y cuarto lugar en Colombia fueron el homicidio y el suicidio, siendo un problema de salud pública donde la violencia intrafamiliar sería un factor de riesgo para aumentar estos casos de mortalidad (12).

Las condiciones sociodemográficas tales como nivel educativo, el lugar de procedencia, edad, su afiliación al sistema de seguridad social en salud, estrato socioeconómico, la etnia, el poco acercamiento y oportunidad a los servicios de atención en salud con calidad durante toda la etapa de gestación de la madre y también el inadecuado acceso a métodos de planificación familiar serían influyentes en el número de casos de mortalidad materna (13).

La mortalidad materna es vista hoy en día como una problemática de interés en salud pública y también tiene su afectación social, por ello debe ser controlada y vigilada mediante entes territoriales tales como el sistema de vigilancia en salud pública el cual mediante la recolección de información de los casos de muertes maternas deberá de manera obligatoria hacer la respectiva notificación y llevar a cabo un análisis oportuno con el fin de ser expuesto y conocido tanto a nivel departamental como nacional con sus respectivos planes de mejora. En los objetivos de desarrollo sostenible el número tres denominado salud y bienestar promueve disminuir las tasas de mortalidad infantil y materna, Colombia se ha

comprometido a cumplir con este objetivo con el fin de buscar disminuir para el año 2030 la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos (11).

La vigilancia en salud pública de las muertes maternas debe ser realizada durante el periodo gestacional, parto y primer año posparto incluyendo muertes por causa accidental y/o violenta tales como homicidios o suicidios con el fin de caracterizar e identificar los factores determinantes que pueden ocasionar las muertes maternas, creando políticas públicas en busca de garantizar procesos de equidad en la atención en salud y eliminación de barreras de acceso a los servicios de salud haciendo valer los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (14).

El proceso de vigilancia en salud pública posee unas etapas en las que están la identificación de casos donde se encuentra el informe de las muertes en mujeres en edad de 10 a 54 años, reportan muertes maternas confirmadas y muertes por otras causas; la etapa de recolección de recolección de datos está contemplada la entrevista a la familia, la autopsia verbal, y atención clínica; en la etapa de análisis de la información están el resumen de caso e informe técnico de la muerte materna; en la etapa de recomendaciones y acciones existe el plan de acción, la última etapa es la evaluación y acciones de mejora que comprende los reportes y salidas, los indicadores de monitoreo y evaluación del sistema (11).

Según la guía técnica de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá SDS “Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido” basada en información del ministerio de salud y protección social, a nivel mundial 4.6 millones de niños menores de cinco años fallecieron durante el primer año de vida en el 2013; la región africana obtuvo el más alto riesgo de muerte de niños menores de un año con una tasa de 60 muertes por cada 1000 nacidos vivos a diferencia de la región Europea la cual presentó un riesgo bajo con una tasa de 11 muertes por cada 1000 nacidos vivos. En Colombia se presentó durante los años 1990 una tasa de 35 muertes por

cada 1000 nacidos vivos y en el año 2013 una tasa de 17 muertes por cada 1000 nacidos vivos en niños menores de cinco años (15).

Según la OMS cada año mueren aproximadamente 3 millones de recién nacidos y otros 2,6 millones mueren antes de nacer lo cual implica que la salud materna y el recién nacido tiene una relación muy íntima (16).

La secretaria Distrital de Salud de Bogotá implementa una guía de control, prenatal y factores de riesgo en donde describe una serie de componentes de importante manejo para el control prenatal los cuales son: el análisis temprano y continuo del riesgo, la promoción de la salud, detección temprana y protección específica, las intervenciones médicas y psicosociales. Según la Secretaria Distrital de salud aproximadamente un 15% de las gestantes presentan riesgos para el parto y en un 20% riesgos psicosociales para la gestación (15).

Existen fallas en la atención a la madre y el recién nacido por lo que se debe contribuir a mitigar errores en la atención en salud que pueden ser de índole humano y/o administrativo por lo que se busca dilucidar si acciones ya establecidas obtienen una mejora en la atención de salud de la gestante y el recién nacido. Algunas de estas acciones son: Identificación por parte de la gestante de los signos de alarma; uso de herramientas estandarizadas como manuales, protocolos, instructivos, listas de chequeo; Medición de estrategias de promoción y prevención a través de los registros clínicos; atención a la mujer y al recién nacido; Identificar a la mujer con riesgo; Conformación de redes intersectoriales; Contar con personal de salud suficiente y entrenado; priorización de las medidas preventivas y perfil de riesgo (15).

Adicionalmente una estrategia importante en la atención en salud es incentivar la cultura del reporte de eventos adversos por parte del personal de salud pues esta ayudará a identificar y abordar de manera oportuna y óptima los riesgos en la

atención materna e infantil, así mismo la mejora en la calidad de la atención en salud en las mujeres durante el período gestacional, parto y puerperio (17).

El parto ha sido catalogado desde tiempos atrás como un proceso natural siendo atendido principalmente por mujeres que poseían conocimientos acerca del aparato reproductor femenino ahora conocidas como parteras tradicionales costumbres que aun hoy se conservan en varios países del mundo (17).

Con el fin de adentrarnos hacia el concepto de que es el parto natural o normal varios autores y asociaciones de la salud exponen el término “parto normal” en varias definiciones; es así como para la OMS el parto es el periodo de la gestación donde hay una expulsión de un feto y/o varios junto con la placenta desde el interior de la cavidad uterina hasta el exterior y consideran el parto a término ocurrido entre las 37 y 42 semanas (17).

Por otro lado, la Federación de Asociaciones de Matronas de España definen el parto normal como “el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológico y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo” (18).

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia por su parte define el parto normal como: “el trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37-42 semana y que, tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben igualmente evolucionar de forma fisiológica” (S.E.G.O, 2008) (19).

Teniendo en cuenta que el aspecto cultural y social ha sido cuestionado al pasar los años en el proceso del parto cabe resaltar como la atención del parto era manejada en tiempos atrás. A final de la edad media y principios del siglo XVII existían colegios de médicos conformados por hombres los cuales se apropiaron de la atención del parto; sobre los años cuarenta un médico francés llamado Fernand Lamaze observó que las pacientes al sentir temor sería un factor negativo durante el trabajo de parto y esto haría que aumentara el dolor y la ansiedad por lo cual implementa un método psicoprofiláctico como intervención médica durante el trabajo de parto incluyendo técnicas de relajación y respiración con el fin de mejorar la oxigenación y disminución del dolor; este método implementado por el médico francés trajo consigo en 1959 la creación de la Sociedad Americana de Psicoprofilaxis en Obstetricia (ASPO) y en 1960 La Asociación internacional de Educadoras para el parto (ICEA) (20).

Hasta este punto no se conocía el significado y la importancia del parto como un proceso de humanización; fue cuando en la década de los noventa unificaron el término a parto humanizado el cual se refería a un modelo de atención en donde la mujer, el o la bebé y la pareja serían los principales protagonistas, la mujer tendría la oportunidad de tomar sus propias decisiones, y también harían énfasis en el apego inmediato y la lactancia materna (20).

En América latina utilizarían otros términos para referirse a parto humanizado tales como “nacimiento humanizado”, “parto digno” y “parto respetado”; y de igual manera allí surgen 3 organizaciones que promueven información acerca del parto humanizado conocidas como: La Red por la Humanización del Parto y Nacimiento (ReHuNa) creada en Brasil en el año 1993 con el fin de difundir asistencia y atención perinatal; La Coalición para Mejorar los Servicios de Maternidad (CIMS) creada en Estados Unidos en el año 1996 por un grupo de personas encaminadas a preservar el cuidado y bienestar de las madres, los bebés y las familias; y la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento

(Relacahupan) creada en el año 2000 con el fin de mejorar la vivencia del parto y la forma de nacer (21).

En Brasil en el año 2000 por primera vez incorporan el término parto humanizado en el programa Humanización en el prenatal y nacimiento con el apoyo del Ministerio de salud de Brasil, el objetivo de este programa es asegurar el acceso, cobertura y calidad de los servicios prestados a la gestante haciendo énfasis en tres momentos importantes del proceso de gestación los cuales son acompañamiento prenatal, asistencia en el periodo de trabajo de parto y parto y asistencia en el periodo del puerperio de las gestantes y del recién nacido (22).

En el año 2004 en Argentina se divulga la ley Nacional 25.929 de Derechos de Padres e Hijos durante el proceso de nacimiento y emiten la Declaración de Interés del Sistema Nacional de Información Mujer sobre Difusión del Parto Humanizado, este país promueve a las mujeres los siguientes derechos: protagonizar su parto, ser personas sanas, decidir lo que necesitan, recibir información de lo que ocurre, elegir una compañía de sus preferencias, poder elegir la posición al parir, expresar sus emociones, seguir sus acostumbres de acuerdo a su cultura y respetar su intimidad (22).

La humanización de la atención está dada por un proceso conjunto con personal de salud y la usuaria con sus familiares (incluye uso de terminología entendible para el paciente y sus familiares, proveer una sensación de seguridad y confianza) que, para el profesional de la salud, en algunos casos no tienen significancia, pero sí para la mujer que está experimentando el proceso del trabajo de parto y su familia (7).

La OMS se pronuncia en el 2018 emitiendo 56 recomendaciones para vivir la experiencia de parto como positiva. Estas recomendaciones para los cuidados durante el parto se dividen en varias etapas dependiendo el contexto, estas etapas

son atención durante todo el trabajo de parto, durante el período de dilatación, durante el período expulsivo, durante el alumbramiento, la atención inmediata del recién nacido y la atención inmediata de la mujer después del parto (20).

En consonancia a las recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva y de acuerdo al proyecto de ley 191 de 2020 Ley de parto digno, respetado y humanizado, busca reconocer y garantizar el derecho de las mujeres durante su gestación, trabajo de parto, parto, post parto duelos con libertad y respeto, además de reconocer los derechos de sus recién nacidos. De acuerdo el consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas es necesario brindar apoyo y atención respetuosa de la maternidad a través de la implementación de pautas conocedoras de los factores sociales que influyen en la salud de la mujer y afectan sus derechos a nivel de salud sexual y reproductiva (23).

La utilización de un lenguaje claro a través de métodos simples que se acojan a la cultura de cada paciente será de vital importancia ofrecer información a la gestante y a su acompañante evitando terminología médica. El sistema de salud debe asegurarse que el personal de salud esté debidamente capacitado en conocer las medidas de abordaje comunicativo teniendo en cuenta la gran de variedad de lugares de procedencia de las usuarias. Además, el acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto: persona elegida por la gestante la cual le brinde apoyo permanente durante el trabajo de parto y parto, es importante respetar los deseos de la mujer ya que algunas prefieren no tener ningún acompañante (24).

La atención en salud durante cada periodo en el proceso de parto a la mujer durante la dilatación con sus fases latente y activa trae consigo las contracciones uterinas que generalmente son dolorosas que se tornan regulares hasta la dilatación total, momento durante el que el acompañamiento a sala de parto puede redundar en el bienestar materno fetal, además es necesaria la evaluación del bienestar fetal a través de auscultación, la realización de Tacto vaginal debe ser realizado dependiendo la situación clínica y la fase de dilatación, por lo general se debe realizar cada cuatro horas de rutina. Se puede hacer uso de la administración de Anestesia peridural u Opioides para aliviar el dolor (24).

Durante esta atención la ingesta de alimentos no se recomienda, aunque se puede suministrar sorbos de líquidos claros para humedecer los labios, además de la terapia intravenosa para la hidratación es necesaria. La movilidad y posición de la madre durante el trabajo de parto puede modificarse de acuerdo con la valoración particular de cada paciente. Las técnicas de relajación como opción de alivio de dolor deben considerarse de acuerdo con la escogencia de la gestante (24).

Durante el periodo expulsivo las técnicas para prevenir el traumatismo perineal aumentan la probabilidad de que se mantenga integro el perineo y reduce el riesgo de desgarros perineales graves; el uso de compresas tibias favorece la reducción de desgarros perineales y la realización de episiotomía no se debe realizar en la línea media ya que puede aumentar el riesgo de lesiones obstétricas del esfínter anal; este debe ser un procedimiento a elección y no de rutina (24).

En relación a la legislación el Ministerio de Salud para el año 2015 elabora un análisis de situación de salud (ASIS) contemplando la mortalidad materna “ha tendido al descenso a través del tiempo. “Entre 2003 y 2013, el indicador osciló entre 55,2 y 78,7 alcanzando el valor más bajo durante el último año, el APC fue de -2,3 siendo estadísticamente significativo. Durante todo el periodo la reducción fue del 47,4%, lo que se traduce en 49,7 muertes por cada 100.000 nacidos vivos y el

APC fue de -3,5, aunque no fue estadísticamente significativo. Se proyecta que, si las condiciones se mantienen constantes, para el año 2021 la razón de mortalidad materna puede descender hasta 24,7” (24)

Teniendo en cuenta que la mayor parte de tasa de mortalidad materna e infantil se ubica a nivel mundial en países en vía de desarrollo y en nuestro país en poblaciones donde hay desigualdad y bajos niveles de ingreso económico y vulnerabilidad social cabe resaltar la implementación de esta ley para hacer valer los derechos de las mujeres en su trabajo de parto y en el parto así mismo a los recién nacidos teniendo en cuenta que muchas de las muertes maternas pueden ser evitables pero muchas veces por varios factores socioeconómicos hacen que estas muertes no se puedan evitar (24).

Colombia no es el único país que trabaja en una ley para garantizar y hacer valer los derechos de las mujeres gestantes y sus recién nacidos también otros países disponen leyes de parto humanizado a través del Proyecto de Ley No 191 de 2020 Senado, el cual tiene como objetivo el siguiente “Reconocer y garantizar el derecho de la mujer durante el embarazo, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional y perinatal con libertad de decisión, consciencia y respeto; así como reconocer y garantizar los derechos de los recién nacidos” (24).

En Uruguay existe la ley 17.386 la cual tiene como objetivo el siguiente: “Toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento mismo del nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección, de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional” (19).

Por otro lado, Argentina implementa la Ley de Parto humanizado número 25.929 sancionada en el año 2004, esta ley busca “promover que se respete a la familia en sus particularidades -raza, religión, nacionalidad- y que se la acompañe en la toma

de decisiones seguras e informadas. Su objetivo principal es garantizarles a las mujeres la posibilidad de vivir el trabajo de parto, parto y posparto con libertad de decisión, consciencia y respeto” (19).

Y finalmente Ecuador cuenta con la ley orgánica de Parto Humanizado la cual busca “atención integral para las mujeres que están próximas a ser madres y a elegir el tipo de parto que desean” (19). Y por último Puerto Rico cuenta con la Ley 156 de 10 de agosto de 2006. “Ley de Acompañamiento durante el Trabajo de Parto, Nacimiento y Postparto y consagra el catálogo de derechos de las madres y el recién nacido” (19).

3. HIPÓTESIS

Los desenlaces del parto pueden estar asociados por el acompañamiento y atención durante el trabajo de parto, esto cuando las gestantes están clasificadas como bajo riesgo obstétrico, edad gestacional entre 38 a 40 semanas, no presentan antecedentes médicos de importancia que puedan cambiar la clasificación del riesgo, y una edad de 18 a 34 años, todo esto con el fin de presentar mejores desenlaces para la madre y el recién nacido.

Esta investigación planteo como hipótesis nula, que no existe asociación entre las intervenciones del parto humanizado y la disminución del parto instrumentado, la cesárea de urgencia y un Apgar < 7 a 5 minutos al nacer.

Como hipótesis alterna se planteó que existe asociación entre las intervenciones del parto humanizado y la disminución del parto instrumentado, la cesárea de urgencia y un Apgar < 7 a 5 minutos al nacer.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Determinar la asociación entre las intervenciones del parto humanizado y el parto instrumentado, la cesárea de urgencia y APGAR <7 durante los primeros 5 minutos al nacer en pacientes de bajo riesgo obstétrico en un hospital de alta complejidad de la red pública en Bogotá.

4.2 Objetivos Específicos

1. Describir las características demográficas de la población de bajo riesgo obstétrico que ingresan para atención del parto a un hospital de alta complejidad de la red pública en Bogotá en el año 2019.
2. Determinar las características obstétricas de las pacientes que ingresaron a la atención del parto en el año 2019.
3. Describir las prácticas de intervención de parto humanizadas implementadas en la atención del parto en gestantes de bajo riesgo obstétrico.
4. Identificar cuáles son las intervenciones de parto humanizado que están asociadas a los diferentes desenlaces materno-perinatales (parto instrumentado, cesárea de urgencias, APGAR <7 a 5 minutos al nacer)

5. METODOLOGÍA

5.1 ENFOQUE

El estudio contó con un enfoque cuantitativo que ofreció respuesta a la hipótesis de la existencia de asociación entre las intervenciones del parto humanizado y la disminución del parto instrumentado, la cesárea de urgencia, Apgar < 7 a 5 minutos al nacer, en pacientes embarazadas de bajo riesgo obstétrico y psicosocial con atención de parto en una institución del sector público de alta complejidad en Bogotá en el año 2019.

5.2 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional de corte transversal con intención analítica, de clase retrospectiva donde se describió el comportamiento entre las intervenciones de parto humanizado y los diferentes desenlaces establecidos, en usuarias gestantes de bajo riesgo obstétrico en una institución de alta complejidad del sector público en Bogotá.

5.3 POBLACIÓN

La población blanco fueron mujeres gestantes a término de bajo riesgo obstétrico y bajo riesgo psicosocial que acudieron a la Unidad de servicios de salud para atención del parto. Nuestra población elegible consistió en pacientes embarazadas de bajo riesgo obstétrico que cumplieron con los criterios de selección, las cuales ingresaron para la atención de su parto en una institución de alta complejidad del sector público en Bogotá.

La población accesible fue constituida por pacientes embarazadas de bajo riesgo obstétrico y bajo riesgo psicosocial las cuales ingresaron para atención de su parto en una institución de alta complejidad del sector público en Bogotá en el año 2019.

5.4 DISEÑO MUESTRAL

No se realizó cálculo de tamaño muestral o muestreo, se seleccionó el 100% de los registros de la pacientes que cumplían criterios de inclusión correspondiente a 761 gestantes.

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Para esta investigación los criterios de inclusión fueron mujeres entre 18 y 34 años, colombianas, embarazadas de bajo riesgo obstétrico, y bajo riesgo psicosocial, que ingresaron para atender su parto en una institución de alta complejidad del sector público en Bogotá, en el año 2019 y presentaron como plan de atención un parto vaginal. Edad gestacional entre 38 y 40 semanas, con una talla mayor a 150 cm, sin discapacidad, sin antecedentes médicos importantes que pudieran cambiar su clasificación de riesgo obstétrico, sin toxicomanías o antecedente de estas.

Los criterios de exclusión fueron mujeres embarazadas que sin antecedente médico importante cambiaron a alto riesgo obstétrico, quienes presentaron diagnóstico de ruptura prematura de membranas, incompatibilidad Rh/ABO, falso trabajo de parto, desproporción cefalopélvica, óbito fetal o mortinato, legrado obstétrico, prolongación del trabajo de parto, ingreso en fase expulsiva, valoración de edad gestacional con prematurez o posmadurez, producto pequeño para la edad gestacional o macrosomía, (feto con malformación genética), parto extrahospitalario o en casa.

5.6 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

Las variables propuestas para medición se clasificaron en 4 grupos, las variables sociodemográficas que estuvieron compuestas por: la edad de la gestante, su estado civil, su seguridad social y su nivel de escolaridad. Las variables de características obstétricas de la edad gestacional en semanas, del número de gestaciones previas, del número de abortos previos, del número de partos previos, del número de hijos vivos y el número de hijos muertos.

Las variables que hicieron parte de las actividades de parto humanizado incluyeron: La administración de oxitocina en la fase de alumbramiento, el pinzamiento tardío del cordón umbilical, la aspiración nasal u oral del recién nacido, el contacto piel a piel con la madre, la lactancia materna temprana, la administración de vitamina K, la revisión del tono uterino, la evaluación materna de rutina y la estancia mínima de 24 horas postparto vaginal sin complicaciones.

Y para finalizar las variables que hicieron parte del desenlace fueron: El parto instrumentado, la cesárea de urgencias y el Apgar <7 durante los 5 primeros minutos del nacimiento.

Tabla 1. Operacionalización de variables sociodemográficas.

VARIABLE	CLASIFICACIÓN		
ETIQUETA	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	POSICIÓN EN LA INVESTIGACIÓN
Edad	CUANTITATIVA (DISCRETA)	RAZÓN	INDEPENDIENTES
Estado Civil	CATEGÓRICA (POLITÓMICA)	NOMINAL	INDEPENDIENTES
Aseguramiento	CATEGÓRICA (POLITÓMICA)	NOMINAL	INDEPENDIENTES
Nivel de escolaridad	CATEGÓRICA (POLITÓMICA)	ORDINAL	INDEPENDIENTES

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Operacionalización de variables características obstétricas

VARIABLE	CLASIFICACIÓN		
ETIQUETA	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	POSICIÓN EN LA INVESTIGACIÓN
Edad Gestacional en semanas	CUANTITATIVA (CONTINUA)	RAZÓN	INDEPENDIENTES
Número de gestaciones	CUANTITATIVA (DISCRETA)	RAZÓN	INDEPENDIENTES
Abortos	CUANTITATIVA (DISCRETA)	RAZÓN	INDEPENDIENTES
Partos	CUANTITATIVA (DISCRETA)	RAZÓN	INDEPENDIENTES
Hijos vivos	CUANTITATIVA (DISCRETA)	RAZÓN	INDEPENDIENTES
Muertos	CUANTITATIVA (DISCRETA)	RAZÓN	INDEPENDIENTES

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Operacionalización de variables intervenciones de parto humanizado

VARIABLE	CLASIFICACIÓN		
ETIQUETA	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	POSICIÓN EN LA INVESTIGACIÓN
Oxitocina en fase alumbramiento	CATEGÓRICA (DICOTÓMICA)	NOMINAL	INDEPENDIENTES
Pinzamiento tardío del cordón umbilical	CATEGÓRICA (DICOTÓMICA)	NOMINAL	INDEPENDIENTES
Aspiración nasal u oral del recién nacido	CATEGÓRICA (DICOTÓMICA)	NOMINAL	INDEPENDIENTES
Contacto piel a piel	CATEGÓRICA (DICOTÓMICA)	NOMINAL	INDEPENDIENTES
Lactancia materna temprana	CATEGÓRICA (DICOTÓMICA)	NOMINAL	INDEPENDIENTES
Vitamina K	CATEGÓRICA (DICOTÓMICA)	NOMINAL	INDEPENDIENTES
Tono uterino	CATEGÓRICA (DICOTÓMICA)	NOMINAL	INDEPENDIENTES
Evaluación materna de rutina	CATEGÓRICA (DICOTÓMICA)	NOMINAL	INDEPENDIENTES
Estancia mínima de 24 horas postparto vaginal sin complicaciones	CATEGÓRICA (DICOTÓMICA)	NOMINAL	INDEPENDIENTES

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Operacionalización de variables dependientes.

VARIABLE	CLASIFICACIÓN		
ETIQUETA	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	POSICIÓN EN LA INVESTIGACIÓN
Parto instrumentado	CATEGÓRICA (DICOTÓMICA)	NOMINAL	DEPENDIENTES
Cesárea de urgencia	CATEGÓRICA (DICOTÓMICA)	NOMINAL	DEPENDIENTES
APGAR a los 5 minutos	CUANTITATIVA (DISCRETA)	ORDINAL	DEPENDIENTES

Fuente: Elaboración propia.

Para la obtención de los datos se tomaron los registros de historia clínica consulta externa HC056, evolución de urgencias HC057, atención del parto HC052, atención del recién nacido HC205, nota parto HC053.

Dentro de los registros algunas variables no fue posible hallarlas o se tenía una falta de registro mayor al 10% por lo que se decidió no tenerlas en cuenta para el estudio realizado, HC056 (Embarazo deseado, Embarazo planeado, Realización de curso psicoprofiláctico), HC057 (Tacto vaginal, Auscultación durante el trabajo de parto), HC052 (Solicito alivio del dolor, Se negó a alivio del dolor, Analgesia peridural, Opioides alivio del dolor, Técnicas de relajación, Técnicas manuales de relajación, Líquido y alimentos por Vía oral, Técnicas para prevenir el traumatismo perineal, Episiotomía, Presión fondo uterino, Masaje uterino, Antibiótico para parto vaginal sin complicaciones Profilaxis antibiótica de rutina para la episiotomía), HC053 (Planificaba al quedar en embarazo, Auscultación durante el trabajo de parto).

5.7 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

5.7.1 Fuente de información

Las fuentes de información secundarias para este estudio fueron dadas por instrumentos para el trabajo de campo, registros de historia clínica sistematizada, recolección, análisis, publicación y divulgación de los resultados obtenidos.

El registro de enfermería fue tomado como fuente de información para variables que no se encontraron explícitas en la historia clínica, el investigador fue quien realizó la búsqueda y registro a través del instrumento de trabajo de campo.

5.7.2 Instrumento de recolección de información

Tabla 5. Instrumento recolección de información

PARTO HUMANIZADO ASOCIADO EN GESTANTES DE BAJO RIESGO EN UNA INSTITUCIÓN DE ALTA COMPLEJIDAD DEL SECTOR PÚBLICO EN BOGOTÁ 2019

INSTRUMENTO TRABAJO DE CAMPO

La información que se registra en este instrumento es de uso confidencial por lo que no se permite su divulgación

Registro número: _____ Fecha (dd/mm/aa): _____ Hora inicio: _____

Parte 1: Inclusión

Edad gestacional
Número de historia clínica
Edad en años
Nacionalidad
Discapacidad
Diagnóstico de ingreso
Riesgo Obstétrico
Riesgo psicosocial
Ruptura prematura de membranas
Incompatibilidad Rh/ABO
Falso trabajo de parto
desproporción cefalopélvica
Óbito fetal
Expulsivo
Talla
Peso
IMC
Toxicopatía
Fecha admisión servicio obstetricia
Hora admisión servicio obstetricia
Fecha parto
Hora parto
Dilatación al ingreso
Borramiento al ingreso
Parte 2: Información general
Estado Civil
Aseguramiento
Nivel de escolaridad

ANEXO 2

Fuente: Elaboración propia

El documento completo puede ser consultado en el anexo 2

5.7.3 Proceso de obtención de Información

Posterior a concepto técnico científico aprobado con registro 143 (ver anexo 3) emitido por el comité de ética en investigación de la institución objeto del estudio, se realizó la recopilación de información a partir de base de datos a partir de las historias clínicas por parte del grupo de sistemas de información y dado a las investigadoras principales, quienes se encargaron de recopilar, registrar y guardar la información necesaria a través de variables consignando los hallazgos en la herramienta informática Excel, a continuación se realizó el procesamiento estadístico de datos en el programa SPSS, se registró en el documento resultados para revisión, análisis, y conclusión. Por último, se realizó el diseño de artículo para su posterior publicación.

Los datos se conservaron bajo reserva a través de archivos codificados con acceso restringido y copias de seguridad necesarias para un adecuado manejo de datos. La recolección de la información fue realizada a través de base de datos, la confidencialidad de las usuarias se mantuvo a través de la anonimización.

5.7.4 Prueba piloto

Se requirió una prueba piloto del instrumento de recolección de información y realizar un análisis de esta, este se realizó una vez se tabularon se recibió base de datos con las variables descritas. Ver en tabla 2.

5.7.5 CONTROL DE ERRORES Y SEGOS

A continuación, se exponen los posibles sesgos del estudio, así como la descripción de la ocurrencia y la forma de control que se aplicarán.

Tabla 6. Descripción y control de sesgos

Tipo	Descripción de la posibilidad de ocurrencia	Forma de Control
Selección	La recolección de la información pudo diferir del total de atenciones dependiendo el desenlace presentado.	Se solicitó base de datos que incluyó información de atenciones a pacientes con criterios de inclusión en el periodo de Enero 1 al 31 de diciembre de 2019
Información	La recolección de la información pudo diferir de acuerdo con el desenlace presentado	Se realizó aplicación del mismo instrumento a todos los registros clínicos que cumplían con criterios de inclusión
Información	La información de las variables se tomó de la historia clínica diligenciada por diferentes profesionales por lo que pudo generar omisión en el registro a recolectar	El registro de atención de enfermería y el partograma fueron tomados para variables que no se encontraron explícitas en el registro médico.
Información	Al tomar la información de la historia clínica se pudo generar errores en la transcripción de los datos.	Se realizó aplicación del mismo instrumento a todas las historias clínicas, las casillas para la transcripción contenían los parámetros posibles para cada dato y las investigadoras fueron quienes realizaron la extracción de la información.
Confusión	Las condiciones específicas de cada usuaria pudieron convertirse en un factor de confusión.	Se realizó un procesamiento y análisis de datos exhaustivo y cuidadoso que permitió evaluar la necesidad de procesamiento adicional de variables. (cesárea de urgencia, parto instrumentado y APGAR <7 a los 5 minutos al nacer), Se controlaron por medio de un análisis estratificado.

Fuente: Elaboración propia

5.8 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Las variables tomadas fueron ingresadas a una base de datos de Excel para ser trabajadas a través del paquete estadístico SPSS en su versión número 26 con licencia de la Universidad del Rosario, posteriormente se realizó el análisis de estos (ver anexo 1), se mantuvo reserva de los datos a través de archivos codificados, conservando el acceso restringido y las copias de seguridad pertinentes al manejo adecuado de datos.

Las variables demográficas, clínicas, prenatales y de atención del parto, se describieron en términos de frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas y para las variables continuas, se describieron a través de promedios y desviaciones estándar o medianas y rangos intercuartílicos de acuerdo con la distribución de los datos, la cual se exploró por medio de la prueba Kolmogorov-Smirnov.

Para identificar cuáles son las intervenciones de parto humanizado que generaron impacto en parto instrumentado y cesárea de urgencia, se construyeron tablas de contingencia para calcular la medida de asociación RP, IC y chi cuadrado.

Para identificar la asociación entre APGAR < 7 a los 5 minutos al nacer y las intervenciones de parto humanizado, se describió la razón de prevalencia con su respectivo intervalo de confianza; se utilizó la U de Mann Whitney, Chi 2, Anova y Test exacto de Fisher; puesto que se trata de una variable cuantitativa de distribución no normal analizada con variables dicotómicas. Se considero significativa una asociación con valor de P menor a 5%.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con la Resolución Número 8430 de 1993 donde se establecen las normas para la investigación en salud en Colombia la investigación realizada clasificada sin riesgo pues no se generó algún tipo de intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de quienes participaron en el estudio.

El proyecto que fue aprobado por el comité ética de la investigación Subred Integrada de servicios de salud sur E.S.E, con concepto técnico científico aprobado con recomendación de informe de gestión con periodicidad trimestral con registro 143. Se mantuvo la confidencialidad de las usuarias a través de codificación para la anonimización, la información se conservó con acceso restringido y las copias de seguridad pertinentes garantizando un manejo adecuado de los datos.

7. RESULTADOS

VARIABLES DEPENDIENTES

Para las variables dependientes, al 4% de la población total se le practicó instrumentación en el parto, el 2,1 % tuvo un Apgar <7 durante los 5 primeros minutos de nacimiento del neonato y finalmente el 0,3 % se le tuvo que practicar cesárea de urgencia. Ver tabla 13.

Tabla 13. Medición de variables dependientes de la población de bajo riesgo obstétrico que acudieron a la atención del parto durante el periodo comprendido entre enero de 2019 y diciembre de 2019 en un Hospital de alta complejidad de la red pública de Bogotá

VARIABLE	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
PARTO INSTRUMENTADO	30	4%
CESAREA DE URGENCIA	2	0,3%
APGAR <7 EN LOS PRIMEROS 5 MINUTOS	16	2,1%

*Total de la población 761.

7.1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

La población blanco estuvo compuesta por 761 mujeres gestantes, de las cuales el 87,3% estuvieron dentro de las edades de 18 a 29 años y el restante 12,7% tuvieron más de 30 años. Por otra parte, el 75,9 % de la población se encontraba en unión libre, el siguiente 20,2% eran solteras, el 3,6% fueron casadas y el restante 0,1 % era separada. Para la variable aseguramiento el 86,8 % pertenecieron al régimen subsidiado, el 9,3% pertenecieron al régimen vinculado y solo el 3,8% fueron del régimen contributivo. Para la variable escolaridad el 58,4 % cursó básica media

completa, el 19,1% cursó primaria completa, el 12,6% cursó básica completa, el 7,6% cursó con educación superior, el 1,9% cursó primaria incompleta y solo el 0.1% fue analfabeta. Visualizar tabla 7.

Tabla 7. Características demográficas de la población de bajo riesgo obstétrico que acudieron a la atención del parto durante el periodo comprendido entre enero de 2019 y diciembre de 2019 en un Hospital de alta complejidad de la red pública de Bogotá

Variable	Frecuencia Absoluta n°	Frecuencia Relativa %
Edad		
entre 18 y 29 años	665	87,3
>30 años	96	12,7
Estado civil		
Soltera	154	20,2
Separada	1	0,1
Unión Libre	578	75,9
Casada	28	3,6
Aseguramiento		
Vinculado	71	9,3
Subsidiado	661	86,8
Contributivo	29	3,8
Escolaridad		
Analfabeta	1	0,1
Primaria incompleta	15	1,9
Primaria completa	146	19,1
Básica completa	96	12,6
Media completa	445	58,4
Educación superior	58	7,6
Controles Prenatales		
Ninguno	9	1,1
Entre 1 y 4	160	21,0
Más de 4	592	77,7

Fuente: Elaboración propia.

7.2 CARACTERISTICAS OBSTETRICAS

De acuerdo con las características obstétricas de las pacientes se encontró que el 41,9% tuvieron 39 semanas al momento del parto, 29% 38 semanas y el restante 29 % 40 semanas. Adicionalmente el 81,3 % refirió haber tenido entre 1 y 3 gestaciones, el 7% ningún otro antecedente de gestación y el restante 11,5% refirió haber tenido más de 4 gestaciones. Para la variable antecedente de partos: el 54,9 % refirió haber tenido entre 1 y 3 partos, el siguiente 42,5% refirió no haber tenido antecedentes de partos previos y finalmente el siguiente 2,4% refirió haber tenido antecedente de 4 o más partos. Para la variable antecedente de abortos, el 83,5 % refirió no haber tenido abortos y el restante 16,2 % refirió haber tenido entre 1 y 3 abortos y el restante 0,1 % refirió haber tenido entre 4 o más abortos. Para la variable hijos vivos, el 51,9% refirió haber tenido ninguno, el siguiente 45,9% refirió haber tenido entre 1 y 3 y el siguiente 2,1% refirió haber tenido 4 o más. Y para la variable nacimientos muertos el 99,4% manifestó no haber tenido ninguno y el siguiente 0.6% manifestó haber tenido entre 1 y 3. Ver tabla 8

Tabla 8. Características obstétricas de la población de bajo riesgo obstétrico que acudieron a la atención del parto durante el periodo comprendido entre enero de 2019 y diciembre de 2019 en un Hospital de alta complejidad de la red pública de Bogotá

VARIABLE	FRECUENCIA ABSOLUTA Nº	FRECUENCIA RELATIVA %	MEDIANA
SEMANAS DE GESTACIÓN			39,00
38 semanas	221	29,04	
39 semanas	319	41,91	
40 semanas	221	29,04	
NUMERO DE GESTACIONES			2,00
Ninguno	54	7,09	

Entre 1y 3 gestaciones	619	81,34	
Mayor de 4	88	11,56	
PARTOS			1,00
Ninguno	324	42,57	
Entre 1y 3	418	54,92	
4 o más	19	2,49	
ABORTOS			,00
Ninguno	636	83,57	
Entre 1y 3	124	16,29	
4 o mas	1	0,13	
VIVOS			,00
Ninguno	395	51,9	
Entre 1y 3	350	45,99	
Mayor de 4	16	2,1	
MUERTOS			,00
Ninguno	757	99,47	
Entre 1y 3	4	0,52	
Mayor de 4	0	0	

Fuente: Elaboración propia.

7.3 INTERVENCIONES DE PARTO HUMANIZADO

Teniendo en cuenta las intervenciones de parto humanizado seleccionadas en el estudio realizado a gestantes de bajo riesgo obstétrico se destacó que el 84,3% NO tuvo acompañamiento durante el parto, el 59,6% NO se le realizó amniotomía, al 82,1% se le administró oxitocina, al 97,2% se le realizó pinzamiento tardío del cordón, al 96,4% se le realizó aspiración nasal al neonato al nacer, al 99,4% se le administró vitamina K al neonato al nacer, al 100% de las gestantes contrastantemente se les revisaba el tono uterino, al 96,5% se les favoreció el contacto piel a piel con el neonato, al 95,9% se les favoreció la lactancia materna

en el nacimiento, al 95,9% se les realizo estancia mínima de 24 horas postparto vaginal sin complicaciones, y finalmente al 100% se les realizo evaluación materna de rutina después del parto. Ver tabla 9.

Tabla 9. Intervenciones de parto humanizadas implementadas en la atención del parto en gestantes de bajo riesgo obstétrico que acudieron a la atención del parto durante el periodo comprendido entre enero de 2019 y diciembre de 2019 en un Hospital de alta complejidad de la red pública de Bogotá

VARIABLE	FRECUENCIA ABSOLUTA Nº	FRECUENCIA RELATIVA %
ACOMPAÑAMIENTO		
SI	119	15,63
NO	642	84,36
AMNIOTOMÍA		
SI	307	40,34
NO	454	59,65
OXITOCINA		
SI	625	82,12
NO	136	17,87
PINZAMIENTO TARDÍO DE CORDÓN		
SI	740	97,24
NO	21	2,75
ASPIRACION NASAL		
SI	734	96,45
NO	27	3,54
VITAMINA K		
SI	757	99,47
NO	4	0,52
TONO UTERINO		
SI	761	100
NO	0	0
CONTACTO PIEL A PIEL		
SI	735	96,58
NO	26	3,41
LACTANCIA MATERNA		
SI	730	95,92

NO	31	4,07
ESTANCIA MATERNA		
SI	761	100
NO	0	0
EVALUACION MATERNA		
SI	761	100
NO	0	0

Fuente: Elaboración propia.

7.4 INTERVENCIONES DE PARTO HUMANIZADO ASOCIADAS A PARTO INSTRUMENTADO, CESAREA Y APGAR MENOR A 7

PARTO INSTRUMENTADO: Al realizar el análisis de los datos se identificó que el parto instrumentado se asoció con la lactancia materna, el resto de las variables no demostraron asociación ni significancia estadística. Ver tabla 7.

CESAREA: Al realizar el análisis de los datos se identificó que la aspiración nasal y el contacto piel a piel con la el neonato se asociaron a la cesárea. El resto de las variables no demostraron asociación ni significancia estadística. Ver tabla 8.

APGAR MENOR A 7: Al realizar el análisis de los datos se identificó que la lactancia materna, la aspiración nasal, el contacto piel a piel con el neonato, y el pinzamiento tardío del cordón umbilical se asoció al Apgar menor a 7 durante los primeros 5 minutos del posparto, el resto de las variables no demostraron asociación ni significancia estadística. Ver tabla 10, 11 y 12.

Tabla 10. Asociación de las intervenciones de parto humanizado con el desenlace parto instrumentado durante el periodo comprendido entre enero de 2019 y diciembre de 2019 en un Hospital de alta complejidad de la red pública de Bogotá

VARIABLE	PARTO INSTRUMENTADO SI		PARTO INSTRUMENTADO NO		VALOR P	RP	IC 95% Inf	IC 95% Sup
	N	%	N	%				
OXITOCINA					0,034			

SI	29	4,6	596	95,4		6,31	0,867	45,92
NO	1	0,7	135	99,3				
CONTACTO PIEL A PIEL						0,317		
SI	28	3,8	707	96,2		0,49	0,124	1,969
NO	2	7,7	24	92,3				
ASPIRACIÓN NASAL						0,346		
SI	28	3,8	706	96,2		0,515	0,1293	2,051
NO	2	7,4	25	92,6				
LACTANCIA MATERNA						0,004		
SI	3	8,28	702	96,2		0,066	0,011	0,380
NO	2	6,5	29	93,5				
AMNIOTOMÍA						0,471		
SI	14	4,6	293	95,4		1,294	0,641	2,612
NO	16	3,5	438	96,5				
ACOMPañAMIENTO						0,502		
SI	6	5	113	95		1,348	0,563	3,228
NO	24	3,7	618	96,3				
VITAMINA K						0,685	N.C	N.C
SI	30	4	727	96				
NO	0	0	4	100				
PINZAMIENTO TARDÍO DE CORDÓN						0,845		
SI	29	3,9	711	96,1		0,823	0,117	5,759
NO	1	4,8	20	95,2				
TONO UTERINO						N.C.		
SI	30	3,9	731	96,1		N.C.		N.C.
NO	0	0	0	0				
EVALUACION MATERNA						N.C		
SI	30	3,9	731	96,1		N.C		N.C
NO	0	0	0	0				
ESTANCIA MATERNA						N.C.		
SI	30	3,9	731	96,1		N.C.		N.C.
NO	0	0	0	0				
SEMANAS DE GESTACIÓN	*39,1	**39-40	*39	**38,2-40		0,12		
CONTROLES PRENATALES						0,686		
NINGUNO	0	0	9	100				
ENTRE 1 Y 4	5	3,1	154	96,9				
MÁS DE 4	25	4,2	568	95,8				
NÚMERO DE GESTACIONES	*1	**1 1	*2	**1 3		<0,00		
PARTOS VIVOS	*0	**0-0	*1	**0-1		<0,00		
ABORTOS MUERTOS	*0	**0-0	*0	**0-0		0,135		
EDAD	*0	**0-0	*0	**0-0		0,685		
ESTADO CIVIL	*21	**19-24	*23	**20-26		0,022		
CON PAREJA	18	6,5	588	193,5				
SIN PAREJA	12	7,8	143	192,2				
ASEGURAMIENTO						0,37	N.C	N.C
VINCULADO	5	7	66	93				
SUBSIDIADO	24	3,6	637	96,4				

CONTRIBUTIVO	1	3,4	28	96,6				
ESCOLARIDAD					0,653	N.C.	N.C	N.C
ANALFABETA	0	0	1	100				
PRIMARIA INCOMPLETA	0	0	3315	100				
PRIMARIA COMPLETA	4	2,7	142	97,3				
BÁSICA COMPLETA	2	2,1	94	97,9				
MEDIA COMPLETA	22	4,9	423	95,1				
EDUCACIÓN SUPERIOR	2	3,4	56	96,6				

N.C. NO CALCULADO

* Mediana

**RI Q1 Q3

Tabla 11. Asociación de las intervenciones de parto humanizado con el desenlace cesárea de urgencia durante el periodo comprendido entre enero de 2019 y diciembre de 2019 en un Hospital de alta complejidad de la red pública de Bogotá

VARIABLE	CESÁREA DE URGENCIA SÍ		NO CESÁREA DE URGENCIA		VALOR P	RP	IC 95%	
	N	%	N	%			Inf	Sup
ASPIRACIÓN NASAL					<0,00			
SI	1	0,1	733	99,9		0,03	0,002	0,572
NO	1	3,7	26	96,3				
CONTACTO PIEL A PIEL					<0,00			
SI	1	0,1	734	99,9		0,035	0,002	0,550
NO	1	3,8	25	96,2				
OXITOCINA					0,002			
SI	1	0,2	624	99,8		0,217	0,013	3,457
NO	1	0,7	135	99,3				
ACOMPañAMIENTO					0,542			
SI	0	0	119	100		0		
NO	2	0,3	640	99,7				
LACTANCIA MATERNA					0,77			
SI	2	0,3	728	99,7		N.C		
NO	0	0	31	100				
AMNIOTOMÍA					0,78			
SI	1	0,3	306	99,7		1,478	0,092	23,55
NO	1	0,2	453	99,8				
PINZAMIENTO TARDÍO DE CORDÓN					0,811			
SI	2	0,3	738	99,7		N.C		
NO	0	0	21	100				
VITAMINA K					0,918			
SI	2	0,3	755	99,7		N.C		
NO	0	0	4	100				
TONO UTERINO					N.C			
SI	2	0,3	759	99,7		N.C		

NO	0	0	0	0				
EVALUACIÓN MATERNA								N.C.
SI	2	0,3	759	99,7				N.C.
NO	0	0	0	0				
ESTANCIA MATERNA								N.C.
SI	2	0,3	759	99,7				N.C.
NO	0	0	0	0				
CONTROLES PRENATALES								0,595
NINGUNO	0	0	9	100				
ENTRE 1 Y 4	1	0,6	158	99,4				
MAS DE 4	1	0,2	592	99,8				
SEMANAS DE GESTACIÓN	*39,0	** 39-39	*39	** 38,3-40	0,861			N.C.
ABORTOS	*0	** 0-0	*0	** 0-0	0,531			N.C.
PARTOS	*1	**0-1	*1	** 0-1	0,615			N.C.
NÚMERO DE GESTACIONES	*2	** 1-2	*2	**1-3	0,667			N.C.
VIVOS	*1	**0-1	*0	**0-1	0,838			N.C.
MUERTOS	*0	** 0-0	*0	** 0-0	0,918			N.C.
EDAD	*19	**18-20	*23	** 20-26	0,079			N.C.
ESTADO CIVIL					0,297	1	--	--
CON PAREJA	1	0,2	605	199,8		0,255	0,016	4,066
SIN PAREJA	1	0,6	154	199,4				
ASEGURAMIENTO					0,859	N.C.	N.C.	N.C.
VINCULADO	0	0	71	100				
SUBSIDIADO	2	0,3	659	99,7				
CONTRIBUTIVO	0	0	29	100				
ESCOLARIDAD					0,917	N.C.	N.C.	N.C.
ANALFABETA	0	0	1	100				
PRIMARIA INCOMPLETA	0	0	15	100				
PRIMARIA COMPLETA	1	0,7	145	99,3				
BÁSICA COMPLETA	0	0	96	100				
MEDIA COMPLETA	1	0,2	444	99,8				
EDUCACIÓN SUPERIOR	0	0	58	100				

N.C. NO CALCULADO

* Mediana

**RI Q1 Q3

Tabla 12. Asociación de las intervenciones de parto humanizado con el desenlace Apgar <7 a los 5 minutos al nacer durante el periodo comprendido entre enero de 2019 y diciembre de 2019 en un Hospital de alta complejidad de la red pública de Bogotá

VARIABLE	APGAR <7 A LOS 5 MINUTOS AL NACER SI	APGAR >7 A LOS 5 MINUTOS AL NACER NO	VALOR P	RP	IC 95%	IC 95%
----------	--------------------------------------	--------------------------------------	---------	----	--------	--------

	N	%	N	%		Inf	Sup
LACTANCIA MATERNA					<0,001		
SI	11	1,5	719	98,5		0,093	0,034
NO	5	16,1	26	83,9			0,252
ASPIRACIÓN NASAL					<0,001		
SI	13	1,8	721	98,2		0,159	0,048
NO	3	11,1	24	88,9			0,526
CONTACTO PIEL A PIEL					<0,001		
SI	13	1,8	722	98,2		0,153	0,046
NO	3	11,5	23	88,5			0,505
PINZAMIENTO TARDÍO DE CORDÓN					0,016		
SI	14	1,9	726	98,1		0,198	0,048
NO	2	9,5	19	90,5			0,819
AMNIOTOMÍA					0,454		
SI	5	1,6	302	98,4		0,672	0,235
NO	11	2,4	443	97,6			1,915
ACOMPañAMIENTO					0,729		
SI	3	2,5	116	97,5		1,245	0,360
NO	13	2	629	98			4,302
VITAMINA K					0,769		
SI	16	2,1	741	97,9		N.C	
NO	0	0	4	100			
OXITOCINA					0,926		
SI	13	2,1	612	97,9		0,942	0,272
NO	3	2,2	133	97,8			3,263
TONO UTERINO					N.C		
SI	16	2,1	745	97,9		N.C	
NO	0	0	0	0			
EVALUACIÓN MATERNA					N.C		
SI	16	2,1	745	97,9		N.C	
NO	0	0	0	0			
ESTANCIA MATERNA					N.C		
SI	16	2,1	745	97,9		N.C	
NO	0	0	0	0			
SEMANAS DE GESTACIÓN	*39	**38,3-40	*39	**38,7-40	0,545	N.C	
CONTROLES PRENATALES					0,881		
NINGUNO	0	0	9	100			
ENTRE 1 Y 4	3	1,9	156	98,1			
MAS DE 4	13	2,2	593	97,8			
EDAD	*23	**20-26	*23	** 21-27	0,535	N.C	
ABORTOS	*0	**0-0	*0	*0-0	0,074	N.C	
VIVOS	*0	**0-1	*0	*0-1	0,302	N.C	
NÚMERO DE GESTACIONES	*2	**1-3	*1	**1-3	0,348	N.C	
PARTOS	*1	**0-1	*0	**0-2	0,471	N.C	

MUERTOS	*0	*0-0	*0	*0-0	0,769	N.C		
ASEGURAMIENTO					0,002	N.C	N.C	N.C
VINCULADO	3	4,2	68	95,8				
SUBSIDIADO	10	1,5	651	98,5				
CONTRIBUTIVO	3	10,3	26	89,7				
ESCOLARIDAD					0,192	N.C	N.C	N.C
ANALFABETA	0	0	1	100				
PRIMARIA INCOMPLETA	0	0	15	100				
PRIMARIA COMPLETA	2	1,4	144	98,6				
BÁSICA COMPLETA	2	2,1	94	97,9				
MEDIA COMPLETA	8	1,8	437	98,2				
EDUCACIÓN SUPERIOR	4	6,9	54	93,1				
ESTADO CIVIL					0,43			
CON PAREJA	14	2,4	592	197,6		1	--	--
SIN PAREJA	2	1,3	153	198,7		1,79	0,411	7,795

N.C. NO CALCULADO

* Mediana

**RI Q1 Q3

8. DISCUSIÓN

La atención humanizada del parto (AHP) comprende el cuidado de la gestante a partir de la observación de una serie de atributos con el fin de permitirle la vivencia satisfactoria del trabajo de parto y el parto. Entre dichos atributos se cuentan: la administración de oxitocina en la fase del alumbramiento, el pinzamiento tardío del cordón umbilical, la aspiración nasal u oral en el recién nacido, el contacto piel a piel con el recién nacido, la lactancia materna, la administración de vitamina K, la revisión del tono uterino, la evaluación de la gestante de rutina, la estancia mínima de 24 horas postparto vaginal sin complicaciones entre otras. El parto humanizado está asociado a la disminución de la morbilidad en gestantes de bajo riesgo dado a la disminución de cesáreas, disminución de Apgar <7 al nacer y la disminución de partos instrumentados (25).

En este estudio se encontró que las intervenciones humanizadas más frecuentes fueron la revisión del tono uterino, la estancia mínima de 24 horas postparto vaginal sin complicaciones y la evaluación materna de rutina después del parto con el 100% de la población.

La valoración constante del tono uterino similar a lo encontrado por Pozzio M en su estudio cualitativo publicado para su tesis doctoral en el año 2013 que habló sobre las experiencias de un grupo de mujeres en su trabajo de parto, evidenció que al 100 % de la población se les valoró de manera rutinaria su tono uterino para evitar complicaciones tales como, la presencia de restos placentarios, membranas ovulares y pérdida de la continuidad en las paredes uterinas, además de conocer malformaciones en la cavidad uterina que hallan quedado tras el parto (26).

Por otra parte, la estancia mínima de 24 horas postparto vaginal sin complicaciones fue un cuidado que también se proporcionó a todas las parturientas que participaron del estudio de Sainz B (378 participantes) publicado en el 2002. Se trató de un estudio analítico observacional – prospectivo y longitudinal de seguimiento. Que

buscó determinar que la estancia mínima de 24 horas postparto vaginal sin complicaciones además de ser una actividad del cuidado humanizado en la gestante permite identificar las complicaciones maternas o neonatales después del nacimiento y poder ofrecer asistencia profesional a la madre y su neonato, garantizando que la primera se haya recuperado del parto, preparando lo suficiente para cuidarse por sí misma y esté en condiciones de cuidar a su hijo cuando se vaya a casa (27).

En cuanto a la evaluación materna de rutina después del parto, similar a lo reportado en la revisión de la literatura desarrollada por Baqui AH publicada en el 2008, esta debe ser una actividad que se debe generar en el 100 % de la población quien se somete al trabajo de parto, esto con el objetivo de evitar complicaciones que puedan aparecer secundarias al postparto. Tal cual como se evidenció con la población blanco del estudio (28).

Para las variables dependientes en nuestro estudio el parto instrumentado reportó una frecuencia del 4% sobre la población total, esto se debió a que por el tipo de aseguramiento muchas tuvieron dificultades en los accesos no solo a los servicios de salud (atención prenatal) sino a los cursos psicoprofilácticos. Además, se trataron de gestantes con niveles de escolaridad muy bajos que las llevaron a desconocer muchos de los procesos importantes del cuidado de su salud durante el proceso de gestación y a las que finalmente tuvieron prolongación del expulsivo. El estudio de Perez MA realizado en el 2021, se trató de una revisión sistemática de la literatura que concluyó que el parto humanizado es una estrategia eficiente para reducir complicaciones perinatales y lograr una maternidad satisfactoria reduciendo con ello las tasas de parto instrumentado y sus complicaciones tanto en la gestante como en el neonato (29).

Para la variable Apgar <7 durante los 5 primeros minutos del nacimiento se encontró que el 2,1% de la población total padeció de esta condición, esto debido a la postmadurez del feto en las gestantes y a algunas patologías y antecedentes

maternos de la población de estudio. El estudio de Nozar y Tarigo, publicado en el 2019, fue un estudio retrospectivo de casos y controles conformado por una muestra de 34 casos y 68 controles que pretendió determinar la prevalencia de la baja puntuación del Apgar a los 5 primeros minutos de vida, evidenciando como resultado que solo el 0,22% padeció de esta condición, cifra que está muy por debajo de lo reportado en nuestro estudio de investigación, situación que puede deberse a las características biológicas y socioeconómicas de las poblaciones evaluadas (30).

Y para finalizar, para la variable cesárea de urgencia se encontró que el 0.3% de la población padeció de esta condición, situación que se puede explicar por el bajo nivel de escolaridad de la gestante, complicaciones durante el parto asociadas a limitaciones en el control prenatal y al antecedente de cesárea. En el estudio de Macias y colaboradores publicado en el 2018 que se basó en una revisión de la literatura sobre la importancia del parto humanizado, concluyen que a pesar de que la cesárea es un procedimiento quirúrgico que en la mayoría de las veces tiene implicaciones negativas sobre la ejecución del parto humanizado, un parto respetado implica, también estar atentos a lo que él bebe pide: marca la manera en que ayuda a su mamá para poder nacer. Si bien se trabaja para que se desarrolle de la manera más natural posible, en ocasiones, la indicación de una cesárea también es un nacimiento respetado, porque lo principal es que ese niño o niña nazcan sanos (31). Lo que nos permite revisar otra forma de pensar frente a estos resultados no esperados durante el trabajo de parto.

Por último, nuestro trabajo encontró asociaciones significativamente estadísticas entre la lactancia materna y el parto instrumentado, la cesárea de urgencia y la aspiración nasal y el contacto piel a piel con el neonato y por último el Apgar <7 durante los 5 primeros minutos con la lactancia materna, la aspiración nasal, el contacto piel a piel con el neonato y el pinzamiento tardío del condón umbilical. Según la guía de la Organización mundial de la salud: Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva, publicada

en el 2018, esta serie de variables crean un impacto positivo en la disminución de complicaciones y repercuten de manera directa en la experiencia de la paciente en su proceso de gestación y parto favoreciendo los procesos de humanización en las salas de ginecoobstetricia (6).

9. CONCLUSIONES

Durante las últimas dos décadas, se ha hecho evidente una mayor conciencia del parto humanizado como estrategia en la disminución de la morbilidad en gestantes de bajo riesgo. De la población evaluada como resultados sociodemográficos prevalentes se encontró que el 87,3% estuvo dentro de las edades de 18 a 29 años, el 75,9 % de la población se encontró en unión libre, el 86,8 % perteneció al régimen subsidiado y el 58,4 % cursó básica media completa.

Las características obstétricas más frecuentes de la población fueron: Que el 41,9% tuvieron 39 semanas al momento del parto, adicionalmente el 81,3 % refirió haber tenido entre 1 y 3 gestaciones y el 54,9 % refirió haber tenido entre 1 y 3 partos.

Dentro de las principales prácticas de intervención del parto humanizado se evidenciaron el acompañamiento durante el parto, la NO realización de amniotomía, la administración de oxitocina, el pinzamiento tardío del cordón umbilical, la aspiración nasal al neonato al nacer, la administración de vitamina K, la revisión del tono uterino, el contacto piel a piel con el neonato, la lactancia materna en el nacimiento y la evaluación materna de rutina después del parto.

Las variables que demostraron asociación y significación estadística fueron: Lactancia materna con el parto instrumentado, aspiración nasal y contacto piel a piel con la realización de cesárea y lactancia materna, aspiración nasal, contacto piel a piel con el neonato y pinzamiento tardío de cordón con el Apgar <7 durante los 5 primeros minutos de vida.

10. RECOMENDACIONES

Se recomienda continuar ahondando en investigaciones que abarquen este tema, actualmente existe muy poca evidencia de ello, es importante que los futuros estudios midan la asociación de otras variables de parto humanizado con otras variables dependientes para realizar comparaciones.

El personal de la salud debe estar a la vanguardia en el conocimiento de cada una de las recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia positiva del parto y así continuar transformando la salud y bienestar de este grupo poblacional.

Se recomienda que desde las facultades se trabaje y se le dé la importancia necesaria al parto humanizado para que sea mucho más fácil adherirse a él en la práctica asistencial.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNFPA, [internet], Panorama de la situación de la morbilidad y mortalidad maternas: América latina y el caribe, diciembre 2017. Grupo de Trabajo Regional para la reducción de la mortalidad materna. Recuperado a partir de <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSH-GTR-Report-Esp.pdf>
2. Observatorio de igualdad de género de America Latina y el Caribe. Mortalidad Materna. Disponible en : <https://oig.cepal.org/es/indicadores/mortalidad-materna>
3. PAHO. Guia de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto, y puerperio.2012. Disponible en : <https://www.paho.org/clap/dmdocuments/CIE10MM.pdf>
4. Instituto Nacional de Salud, Informe de evento mortalidad materna. Colombia, 2018. Proceso: vigilancia y análisis del riesgo en salud pública, Versión: 04, 2019
5. Muñoz Lozada C. M., Cortés Molano N. P., Perdomo Ospina D. C., González Sarmiento N. F., Parra Piza S. M. (2017). Factores identificados en las unidades de análisis de los casos de Mortalidad Materna en Colombia. INFORME QUINCENAL EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL, 23, 13.
6. OMS, [Internet], Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva, 2018. Recuperado a partir de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
7. Intriago, M. G. M., Acurio, I. J. T., Saltos, L. A. G., Guerrero, W. M. Q., Reyes, M. L. C., & Lara, M. M. Á. (2018). Parto humanizado como estrategia de salud pública en atención primaria de salud. RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento, 2(3), 730-745.
8. Observatorio de salud de Bogotá, Sistema integrado de gestión control documental; Ficha técnica; Recuperado a partir de http://saludata.saludcapital.gov.co/osb/fichas_tecnicas_osb/saludsexual/OSB_Salud_Sexual_Reproductivas-RM_Materna.pdf
9. M. Wagner, Fish can't see water: the need to humanize birth, International Journal of Gynecology & Obstetrics 75, 2001. S25- S37.

10. Rojas C, Proyecto de Ley número 063 de 2017. Gaceta del Congreso, Cámara de Representantes, Proyectos de Ley. Bogotá: 8 de agosto de 2017.

11. Pacheco G, Serrano J, PROYECTO DE LEY NÚMERO 063 DE 2017 CÁMARA por medio de la cual se establecen los derechos de la mujer en trabajo de parto, parto y postparto y se dictan otras disposiciones o ley de parto humanizado, República de Colombia. 2017. Bogotá, (citado 12 Noviembre del 2019) Recuperado a partir de <http://jacevedo.imprenta.gov.co/>.

12. Cáceres-Manrique F, Nieves-Cuervo, G; ATENCIÓN HUMANIZADA DEL PARTO. DIFERENCIAL SEGÚN CONDICIÓN CLÍNICA Y SOCIAL DE LA MATERNA; Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología; Vol. 68 No. 2, Abril-Juno 2017.

13. Watson G, Talavera I, Rodriguez S, Ospina M, Martinez M, Pacheco O, Quijada H, Protocolo de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. 2016. Bogotá, Organización Panamericana de la Salud Colombia. Instituto Nacional de Salud. Recuperado a partir de <http://iris.paho.org/>

14. Cochrane Database of Systematic Reviews, Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour, 2018. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub>

15. Cochrane Database of Systematic Reviews, Continuous support for women during childbirth, 2017. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>

16. Cochrane Database of Systematic Reviews, Restricting oral fluid and food intake during labour, august 2013. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003930.pub3>

17. Gaviria A, Ruiz F, Muñoz N, Burgos G, Arias J, Garcia S, Ruiz M, Montes A, Vasquez D, Pinzon W, Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido, paquetes instruccionales Guía técnica “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD” Versión 2.0 Ministerio de salud y protección social. Recuperado a partir de <https://www.minsalud.gov.co/>

18. Almaguer J, García H, Vargas V. Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, 2012. Rev Género y salud en cifras. Vol 10. pag: 48-49-50. Recuperado a partir de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf>
19. Federación de Asociaciones de Matronas de España; Vélez Málaga, 2006.(Citado el 07 de Noviembre del 2019) Recuperado a partir de <https://www.federacion-matronas.org/>.
20. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia: Recomendaciones sobre la asistencia al parto, Madrid: 2008. (Citado el 07 de Noviembre de 2019) Recuperado a partir de <https://www.elpartoesnuestro.es/>.
21. Sanchez J, Martinez M, Viguera M, Peña E, López R, Álvarez L, Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del area 1 de salud de la región de Murcia, 2012. Rev de Antropología iberoamericana. Vol 7. N 2, pag : 231-234. (Citado el 07 de Noviembre del 2019) Recuperado a partir de <https://www.redalyc.org/>.
22. Mas-Pons R1, Barona-Vilar C, Carreguí-Vilar S. Women's satisfaction with the experience of childbirth: validation of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale. Gac Sanit. 2012 May-Jun;26(3):236-42. Epub 2011 Dec 3.
23. Proyecto de ley 191 de 2020, Senado de la república de Colombia; Ley de parto digno, respetado y humanizado.
24. Observatorio de salud de Bogotá, Sistema integrado de gestión control documental; observatorio datos de salud; Recuperado a partir de http://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/ofertas-de-servicios-de-salud/osb_ofertasrv-partos/
25. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TD. The brazilian ministry of Health's Program for Humanization of Prenatal and Childbirth Care: preliminary results. Cad Saude Publica. 2004;20:1281-9. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500022> }
26. POZZIO María (2013). Una propuesta de “Parto Humanizado”, los discursos de los actores y el lugar (incómodo) de las mujeres médicas en el mismo. VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social. Sección de Antropología

Social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras, UBA, Buenos Aires.

27. Sainz BJ. Alta precoz en la puérpera. Sevilla. 2002. Disponible en : https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/57942/S_TD-PROV2.pdf?sequence=4

28. Baqui, A. H., El-Arifeen, S., Darmstadt, G. L., & Projahnmo Study Group. (2008). Effect of community-based newborn-care intervention package implemented through two service delivery strategies in Sylhet district, Bangladesh: A cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 371(9628), 1936-1944.

29. Perez MC. Parto humanizado y la función de enfermería en los establecimientos de salud pública. 2021. Disponible en : <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/32612/1/COBO%20PEREZ%20MARIA%20DE%20LOS%20ANGELES.pdf>

30. NOZAR, María Fernanda; TARIGO, Josefina y FIOL, Verónica. Factores asociados con bajo puntaje de Apgar en la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Anfamed* [online]. 2019, vol.6, n.1, pp.63-84. Epub 01-Jun-2019. ISSN 2301-1254. <http://dx.doi.org/10.25184/anfamed2019v6n1a1>.

31. Macias I, Alvarado H, Gomez P. Importancia y beneficios del parto humanizado. *Dominio de las Ciencias*, ISSN-e 2477-8818, Vol. 4, Nº. 3, 2018, págs. 392-415. Disponible en : <file:///C:/Users/anacro/Downloads/Dialnet-ImportanciaYBeneficiosDelPartoHumanizado-6560206.pdf>

12. ANEXOS

ANEXO 1

Tabla 1. Operacionalización de variables sociodemográficas.

VARIABLE	CLASIFICACIÓN		
ETIQUETA	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	POSICIÓN EN LA INVESTIGACIÓN
Edad	CUANTITATIVA (DISCRETA)	RAZÓN	INDEPENDIENTES
Estado Civil	CATEGÓRICA (POLITÓMICA)	NOMINAL	INDEPENDIENTES
Aseguramiento	CATEGÓRICA (POLITÓMICA)	NOMINAL	INDEPENDIENTES
Nivel de escolaridad	CATEGÓRICA (POLITÓMICA)	ORDINAL	INDEPENDIENTES

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Operacionalización de variables características obstétricas

VARIABLE	CLASIFICACIÓN		
ETIQUETA	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	POSICIÓN EN LA INVESTIGACIÓN
Edad Gestacional en semanas	CUANTITATIVA (CONTINUA)	RAZÓN	INDEPENDIENTES
Número de gestaciones	CUANTITATIVA (DISCRETA)	RAZÓN	INDEPENDIENTES
Abortos	CUANTITATIVA (DISCRETA)	RAZÓN	INDEPENDIENTES
Partos	CUANTITATIVA (DISCRETA)	RAZÓN	INDEPENDIENTES
Hijos vivos	CUANTITATIVA (DISCRETA)	RAZÓN	INDEPENDIENTES
Muertos	CUANTITATIVA (DISCRETA)	RAZÓN	INDEPENDIENTES

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Operacionalización de variables intervenciones de parto humanizado

VARIABLE	CLASIFICACIÓN		
	ETIQUETA	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN
Oxitocina en fase alumbramiento	CATEGÓRICA (DICOTÓMICA)	NOMINAL	INDEPENDIENTES
Pinzamiento tardío del cordón umbilical	CATEGÓRICA (DICOTÓMICA)	NOMINAL	INDEPENDIENTES
Aspiración nasal u oral del recién nacido	CATEGÓRICA (DICOTÓMICA)	NOMINAL	INDEPENDIENTES
Contacto piel a piel	CATEGÓRICA (DICOTÓMICA)	NOMINAL	INDEPENDIENTES
Lactancia materna temprana	CATEGÓRICA (DICOTÓMICA)	NOMINAL	INDEPENDIENTES
Vitamina K	CATEGÓRICA (DICOTÓMICA)	NOMINAL	INDEPENDIENTES
Tono uterino	CATEGÓRICA (DICOTÓMICA)	NOMINAL	INDEPENDIENTES
Evaluación materna de rutina	CATEGÓRICA (DICOTÓMICA)	NOMINAL	INDEPENDIENTES
Estancia mínima de 24 horas postparto vaginal sin complicaciones	CATEGÓRICA (DICOTÓMICA)	NOMINAL	INDEPENDIENTES

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Operacionalización de variables dependientes.

VARIABLE	CLASIFICACIÓN		
ETIQUETA	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	POSICIÓN EN LA INVESTIGACIÓN
Parto instrumentado	CATEGÓRICA (DICOTÓMICA)	NOMINAL	DEPENDIENTES
Cesárea de urgencia	CATEGÓRICA (DICOTÓMICA)	NOMINAL	DEPENDIENTES
APGAR a los 5 minutos	CUANTITATIVA (DISCRETA)	ORDINAL	DEPENDIENTES

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 2

Tabla 2. Instrumento recolección de información

Registro número: _____	Fecha (dd/mm/aa): _____	Hora inicio: _____
Edad gestacional		
Número de historia clínica		
Edad en años		
Nacionalidad		
Discapacidad		
Diagnóstico de ingreso		
Riesgo Obstétrico		
Riesgo psicosocial		
Incompatibilidad Rh/ABO		
Fecha admisión servicio obstetricia		
Hora admisión servicio obstetricia		
Fecha parto		
Hora parto		
Dilatación al ingreso		
Borramiento al ingreso		
EXCLUSION		
Ruptura prematura de membranas		
Falso trabajo de parto		
desproporción cefalopélvica		
Óbito fetal		
Expulsivo		
Talla		
Peso		
IMC		
Toxicopatía		
Parte 2: Información general		
Estado Civil		
Aseguramiento		
Nivel de escolaridad		
Parte 3: Antecedentes		
Embarazo deseado		
Número de gestaciones previas		
Número de abortos previos		
Número de partos previas		
Número de hijos vivos		
Número de mortinatos previos		
Número de controles prenatales		
Realización de curso psicoprofiláctico		
Parte 4: Trabajo de parto		
Acompañamiento en el trabajo de parto		
Parte 5: Dilatación		
Tacto vaginal (intervalos de 4 horas)		
Analgesia peridural para el alivio del dolor		
Amniotomía		

Oxitocina en dilatación
Parte 6: Expulsivo
Técnicas para prevenir el traumatismo perineal
Episiotomía
Parte 7: Alumbramiento
Oxitocina en alumbramiento
Pinzamiento tardío del cordón umbilical
Masaje uterino
Parte 8: Atención al recién nacido
Aspiración nasal u oral de rutina
Contacto piel con piel
Lactancia materna temprana
Vitamina K
Parte 9: Atención de la mujer tras el nacimiento
Evaluación del tono muscular del útero
Profilaxis antibiótica de rutina para la episiotomía
Evaluación materna de rutina después del parto
Estancia mínima de 24 horas postparto vaginal sin complicaciones
Parte 10: Diagnostico
Parto vaginal normal
Parto instrumentado
Cesárea de urgencia
APGAR a los 5 minutos
Registrado por: _____ Hora finalización: _____

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 3
Concepto técnico científico

Bogotá, D.C. Septiembre 8 de 2020

Oficio-GC-081

Doctoras
GARCIA DURAN LAURA LILIANA
SÁNCHEZ CRUZ JOHANA KATERINE
 Universidad CES - Universidad del Rosario
 Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
 Especialización en Epidemiología
 Bogotá D.C.

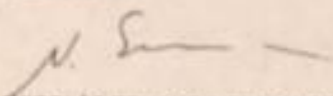
ASUNTO: Parto humanizado asociado a la disminución de la mortalidad en gestantes de bajo riesgo en una Institución de Alta complejidad del Sector Público en Bogotá 2019 – (Registro-143).

Respetadas Doctoras


Cordial saludo. Dando alcance a solicitud de concepto técnico científico y ético del Protocolo de investigación relacionado, me permito precisar que en reunión del Comité de Ética de la Investigación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. 27 de Agosto del 2020, se consideró pertinente el desarrollo del proyecto postulado por ser el área temática de interés en el proceso de Gestión Integral a Poblaciones vulnerables.

Concepto Técnico Científico: APROBADO CON RECOMENDACIÓN DE INFORME DE GESTIÓN CON PERIODICIDAD TRIMESTRAL.

Atentamente,



NICOLÁS EDUARDO ESCOBAR PERDOMO
 Jefe de la Oficina de Gestión del Conocimiento
 Comité Ético de la Investigación
 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

CONCEPTO	FECHA	ASUNTO	SEÑAL	SEÑAL	SEÑAL
Revisado por	Johanna Pardo	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. COMITÉ DEL COMITÉ ÉTICO DE LA INVESTIGACIÓN		Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	
Revisado por	Nicolás Eduardo Escobar	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. COMITÉ DEL COMITÉ ÉTICO DE LA INVESTIGACIÓN		Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	

Fuente: Subred integrada de servicios de salud Sur E.S.E.