

**Impacto Del Embarazo No Deseado En La Morbimortalidad Materna Y Perinatal  
En El Municipio De Popayán, 2021- 2022.**

Autores

Jinna Alejandra Manzano Muñoz

Angie Catherine Fernández Morantes

María Alejandra Ramírez Molina

Asesor Metodológico

María Alejandra Palacios Ariza

MD. MEd para profesionales dela salud. MSc. En Epidemiología

Proyecto de grado para optar por el título de especialista en auditoria y garantía de la  
calidad en salud con énfasis en epidemiología

Universidad EAN

Escuela de Formación en Investigación

Seminario de Investigación de Posgrado

Mayo de 2023

### Tabla de contenido

Planteamiento del Problema .....	3
Pregunta de Investigación.....	6
Objetivos.....	7
Objetivo General.....	7
Objetivos Específicos.....	7
Justificación de la Investigación .....	9
Marco Teórico.....	11
Marco Conceptual.....	11
Marco Teórico.....	12
Estado del Arte.....	16
Metodología .....	25
Enfoque, Tipo y Diseño de Investigación.....	25
Población y Muestra .....	25
<i>Población Blanco</i> .....	25
<i>Población de Estudio</i> .....	25
<i>Criterios de Inclusión</i> .....	25
<i>Criterios De Exclusión</i> .....	26
Tamaño de Muestra y Muestreo .....	26
Variables .....	27
Fuentes de Información.....	31
Instrumento de Recolección.....	31
Plan de análisis de la información .....	33
Consideraciones Éticas .....	34
Referencias.....	36

## Planteamiento del Problema

El embarazo no deseado tiene varias definiciones, la Organización Mundial de la Salud y los especialistas en ginecología y obstetricia refieren que el embarazo no deseado es aquel que no se planea o no se desea en el momento de la concepción (Goshu & Yitayew, 2019a). Se puede asociar a factores como ser menor de 19 años, baja escolaridad, pobreza, antecedente de embarazo previo, restricción en toma de decisiones, limitaciones en oportunidades laborales, falta de autonomía o intervención de parejas y/o familiares, y violencia de género. También al limitado acceso a servicios de salud en cuanto asesoría en planificación familiar, métodos de planificación familiar y abortos seguros y legales (Kelly, 2014).

El embarazo no deseado tiene consecuencias en la salud de la madre y el recién nacido. Los estudios indican que las mujeres con embarazos no deseados tienden a desarrollar alteraciones físicas, eclampsia, preeclampsia y hemorragias post parto, así como también muertes maternas y perinatales (Goshu & Yitayew, 2019). Se entiende como muerte materna aquella que sucede durante el embarazo, parto o puerperio hasta 42 días después de terminado el evento clínico que normalmente es el nacimiento del bebé, o hasta un año después, pero con causa asociada al evento del embarazo, el parto o el puerperio (WHO, 2012). La muerte materna está altamente relacionada con la morbilidad materna; es decir, con las enfermedades que se presentan durante el embarazo o el puerperio (Forero Rodríguez et al., 2019).

La mortalidad perinatal es la pérdida del producto de la gestación que ocurre entre las 22 semanas de gestación o con 500 gramos o más de peso, hasta los siete días después del nacimiento. La mortalidad neonatal es la muerte ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días completos de vida, la cual puede ser temprana si ocurre durante los primeros 7 días, o tardía las ocurridas

después de los 7 días completos hasta antes del 28° día de vida (Rozo-Gutiérrez & Ávila-Mellizo, 2021a).

Las estadísticas frente a la mortalidad materna indican que la tasa mundial fue de 216 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en 2015 (el 99% de las muertes se produjeron en países en desarrollo) y de los aproximadamente 210 millones de embarazos que se producen cada año, aproximadamente el 40% son no planificados (Merga et al., 2021b).

En los países en desarrollo, de los 182 millones de embarazos que se presentan cada año, se calcula que el 36% son no planificados (Merga et al., 2021). La región con el mayor porcentaje de embarazos no deseados fue América latina y el Caribe (56%) mientras que el menor porcentaje de embarazos no deseados se registró en África (Theme-Filha et al., 2016a) . Aproximadamente 23.000 mujeres en edad fértil en los países de ALC mueren cada año por complicaciones del embarazo y el parto (UNFPA, 2020).

Durante el año 2017, aproximadamente 810 mujeres murieron por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto (MSPS Colombia, 2022a). En Colombia, la tasa de mortalidad materna fue de 74 por cada 100.000 nacidos vivos en 2017, donde durante el año 2020 se notificaron 587 muertes maternas de las cuales 403 se clasificaron como mortalidades maternas tempranas, 150 mortalidades maternas tardías y 34 muertes maternas por causas coincidentes (MSPS Colombia, 2022a).

En cuanto a la mortalidad perinatal, la OMS calcula que en 2019 murieron en el mundo 2,4 millones de niños en su primer mes de vida. El 75 % de las muertes neonatales ocurren durante la primera semana de vida, y aproximadamente 1 millón de recién nacidos mueren en las primeras 24 horas de vida, principalmente a causa de procesos infecciosos, prematuridad y asfixia al nacer

(MSPS Colombia, 2022). Para América Latina la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2019 reporta una tasa de mortalidad neonatal de 7,7 por cada 1000 nacidos vivos y el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) demostró que el 78 % de las mortalidades perinatales que se reportan ocurren en recién nacidos de bajo peso, y el porcentaje restante en neonatos con muy bajo peso (MSPS Colombia, 2022). Para Colombia la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía en el año 2020 fue de 15,0 muertes por cada 1000 nacidos vivos, con un descenso en el indicador respecto al 2019, en el que se reportó una razón de 16,7 muertes por cada 1000 nacidos vivos (MSPS Colombia, 2022).

La planificación familiar es una de las principales intervenciones que han demostrado reducir la mortalidad materna a través de la disminución de la fecundidad, de embarazos no deseados y la proporción de embarazos considerados de alto riesgo (Aryanty et al., 2021a). La planificación familiar capacita a las mujeres en el uso de anticonceptivos para decidir el inicio, el espaciamiento y/o la interrupción del embarazo o el parto y generar impacto en su desarrollo socioeconómico al aumentar su productividad y mejorar sus opciones de salud reproductiva (Utomo et al., 2021b). Se calcula que la planificación familiar ha reducido la mortalidad materna en varios países entre un 6% y un 60% - 44% a nivel mundial, así como la reducción de la mortalidad infantil y las tasas de aborto, especialmente el inseguro (Aryanty et al., 2021a).

Sin embargo, la anticoncepción por sí sola no es suficiente para abordar las desigualdades en el embarazo no planificado, es necesario un marco de salud pública integral, culturalmente apropiado y basado en la evidencia para abordar la prevención y el manejo del embarazo no deseado (A. Levi & Dau, 2011a).

Existen estrategias desde enfermería que pueden mejorar el acceso a servicios de salud reproductiva de calidad y contribuir a la prevención del embarazo no deseado, entre ellas están: (A). Normalizar los servicios de (1) anticoncepción con adecuado asesoramiento y gestión de su uso, (2) asesoramiento preconcepcional, (3) diagnóstico del embarazo y asesoramiento sobre las opciones del mismo, donde el profesional de enfermería debe ser competente en el manejo de la anticoncepción usando directrices basadas en la evidencia, culturalmente competentes y apropiadas para el ciclo vital de las mujeres y sus familias. (B) La formación de enfermería desde la academia en competencias sobre salud reproductiva. (C.) Defensa de la salud reproductiva con el acceso a la atención y mejora de la calidad de las herramientas educativas desde la profesión de enfermería (A. J. Levi et al., 2009).

### **Pregunta de Investigación.**

¿Existe relación entre el embarazo no deseado y el desarrollo de morbimortalidad materna y perinatal en Popayán - Cauca, entre enero de 2022 y enero de 2023?

## Objetivos

### **Objetivo General.**

Determinar la relación entre el embarazo no deseado y la morbilidad materna y perinatal de Popayán-Cauca, en el periodo de tiempo comprendido entre enero de 2022 y enero de 2023

### **Objetivos Específicos.**

Describir sociodemográfica y clínicamente gestantes con embarazo no deseado de la ciudad de Popayán-Cauca, en el periodo de tiempo comprendido entre enero de 2022 y enero de 2023.

Calcular la razón de mortalidad perinatal total en gestantes y específica en gestantes con embarazo no deseado de la ciudad de Popayán, en el periodo de tiempo comprendido entre enero de 2022 y enero de 2023.

Calcular la razón de mortalidad materna total en gestantes y específica en gestantes con embarazo no deseado de la ciudad de Popayán, en el periodo de tiempo comprendido entre enero de 2022 y enero de 2023.

Comparar la razón de mortalidad perinatal de mujeres con embarazo deseado versus las mujeres con embarazo no deseado, en el periodo de tiempo comprendido entre enero de 2022 y enero de 2023.

Comparar la razón de morbi-mortalidad materna de mujeres con embarazo deseado versus las mujeres con embarazo no deseado, en el periodo de tiempo comprendido entre enero de 2022 y enero de 2023.

Determinar las causas y determinantes sociales que pudieron contribuir a la morbi-mortalidad materna y perinatal.

Generar recomendaciones para disminuir el embarazo no deseado y morbi-mortalidad materna y perinatal desde el campo de la enfermería

## Justificación de la Investigación

El embarazo no deseado tiene consecuencias no favorables sobre la salud y la situación social de las mujeres, sus hijos y familias, así como sobre la población en general. Por lo cual, el embarazo no deseado no es solo una responsabilidad individual y de la pareja, sino de toda la sociedad (Langer, 2002).

Estadísticamente, en Colombia los embarazos no deseados disminuirían en un 5% si se eliminara la violencia contra la mujer, una reducción de 24736 nacimientos no planeados y unos 7.787–20.250 menos abortos por año, es decir, habrían en total unos 32.523–44.986 menos embarazos no planeados por año (Pallitto & Ocampo, 2004) . Por otra parte, se ha comprobado que 830 mujeres mueren por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto en todo el mundo, de las cuales el 99% ocurren en países en desarrollo (OMS, 2023).

Así mismo, para 2018 la tasa de mortalidad perinatal evitable fue de 13.2 muertes por cada 1000 nacidos vivos lo que representa 83.9% del total de mortalidad notificadas (Rozo-Gutiérrez & Ávila-Mellizo, 2021).

La probabilidad de que se presente retraso en la atención prenatal, partos prematuros, interrupciones voluntarias y sus complicaciones, abortos inseguros u otros efectos negativos en la salud materno perinatal es más alta en los embarazos no deseados que en los planeados. Todos estos factores aumentan los costos de la atención neonatal y los asociados a las discapacidades a largo plazo de mujeres y el producto de la gestación (Theme-Filha et al., 2016a)

Para disminuir los efectos negativos en la salud materna, perinatal y neonatal el reconocimiento de los factores de riesgo es el primer paso para la gerencia de los servicios de salud, que orienta la construcción de propuestas de intervención para la disminución de la

ocurrencia del evento - tasa mortalidad materna y perinatal- y orientar las acciones en salud pública, teniendo en cuenta que la atención antes, durante y después del embarazo y parto puede salvar la vida de las mujeres y los recién nacidos.

## Marco Teórico

### Marco Conceptual

Se realizó una búsqueda en el tesoro descriptor de ciencias de la salud (DeCS) encontrando los siguientes términos como el marco conceptual de esta investigación:

- EMBARAZO NO PLANEADO: *“Embarazo no deseado o accidental, incluido el embarazo resultante de medidas anticonceptivas fallidas”* (BIREME / OPS / OMS 2004). (BIREME / OPAS / OMS, 1966)
- EMBARAZO NO DESEADO: *“Embarazo, generalmente accidental, que no es deseado por el progenitor o progenitores”* (BIREME/OPS/OMS 1999a).
- DETERMINANTES SOCIALES: *“Las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan, y envejecen, así como los sistemas que se utilizan para tratar la enfermedad. Estas circunstancias están, a su vez, formadas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, políticas, sociales y políticas”* (BIREME / OPS / OMS 2013).
- CONTROL PRENATAL: *“Atención proporcionada a la mujer embarazada con el objetivo de prevenir complicaciones, y disminuir la incidencia de mortalidad materna y prenatal”* (BIREME/OPS/OMS 1999).
- COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO: *“Afecciones o procesos patológicos asociados al embarazo. Puede darse durante o después del embarazo y puede ir desde trastornos menores a enfermedades importantes que requieran intervención”*

*médica. Incluye enfermedades en mujeres embarazadas y embarazos en mujeres con enfermedades” (BIREME/OPS/OMS 1999b).*

- MORBILIDAD MATERNA: *“La morbilidad materna describe problemas de salud que resulten de estar embarazada y dar a luz” (Eunice Kennedy Shriver National Institute of child health and human development/2020).*
- MORTALIDAD MATERNA: *“Muerte materna resultante de complicaciones del embarazo, parto, puerperio y abortos en una determinada población” (BIREME/OPS/OMS 1999c).*

### **Marco Teórico**

Según la Organización Mundial de la Salud, el embarazo no deseado se define como un embarazo no querido y/o no planificado en el momento de la concepción. Del mismo modo, la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras define el embarazo no deseado como un embarazo inoportuno o no deseado en el momento de la concepción. (Goshu & Yitayew, 2019b).

A lo largo de la historia, el embarazo no deseado ha representado un problema importante de salud tanto en gestantes como en recién nacidos. Los primeros estudios se registran desde 1973 donde establecieron que n encuestas realizadas en muchos países y culturas sugieren que 1 de cada 3-4 embarazos en los países desarrollados, y 1 de cada 5-6 nacimientos en los países en desarrollo fueron no deseados, haciendo énfasis en la importancia de la planificación para evitarlos (Kessler & Standley, 1973). Un año más tarde, en el año 1974 se creía que los embarazos no deseados podían generar consecuencias en las gestantes y tendrían sentido en el contexto de ciertas condiciones de la mujer.

Sin embargo, desde 1974 se estableció la importancia del problema, ya que las estimaciones "conservativas" del Estudio Nacional de Fertilidad de 1970 mostraron que el 15% de todos los nacimientos de parejas casadas nunca fueron deseados y que el porcentaje de no deseados fue mucho mayor que el porcentaje de paridad. Los primeros estudios se basaron en la suposición para determinar las causas de los embarazos no deseados, tales como: embarazos fuera del matrimonio y los nacimientos ilegítimos, las náuseas y los vómitos del embarazo, el aborto espontáneo, las toxemias del embarazo, los problemas del parto y el alumbramiento, las enfermedades emocionales que rodean al nacimiento, las fricciones matrimoniales y el divorcio; planteando la hipótesis de que, entre las ventajas de una familia planificada pequeña, se encuentran unos padres más sanos, una mejor calidad de vida para los hijos y una mejor calidad de vida para los padres (Siegel & Morris, 1974).

Las estimaciones del embarazo no deseado para América Latina indican que entre 1990 a 1994 se presentaron 94 por cada 1000 mujeres entre 15 a 49 años y pasó a 69 entre 2015-2019, una disminución que también se presentó en todas las regiones del mundo. Sin embargo, las estimaciones y estudios presentan limitaciones por la falta de información y la fiabilidad de los datos, estas estimaciones son importantes debido a que contribuyen a generar políticas que garantizan el derecho a la anticoncepción (Bearak et al., 2020).

Para Colombia, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del 2015, estableció que el 49% de los embarazos fueron deseados, lo cual muestra un leve aumento en comparación a la ENDS 2010 (47.8%), el 29,2% fueron deseados tiempo después y el 21,3% fueron declarados no deseados (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015).

Para el municipio de Popayán, se realizó un estudio en el Hospital Universitario San José donde el 70,09% refirió haber presentado embarazos no planeados (Moreno-González & Ortiz-Martínez, 2016), mientras que en otro estudio en una institución educativa el porcentaje de embarazos no planeados fue del 81% (Martínez Meza et al., 2020), porcentajes altos en comparación a la ENDS del 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia, 2015).

El impacto del embarazo no deseado se ha relacionado con el desarrollo de la morbilidad materna y perinatal, se ha asociado que el embarazo planeado es un factor protector en la disminución del desarrollo de depresión postparto (Hall et al., 2018) con una autopercepción de estado de salud buena cuando es embarazo planeado y un estado de salud regular o mala cuando el embarazo es no planeado (Yeatman & Smith-Greenaway, 2021), y reduce el riesgo de muerte fetal con el aumento del grado de intención del embarazo (Hall et al., 2018).

El embarazo planeado equivale a que la mujer se considera en una etapa de su ciclo de vida ideal para afrontar el proceso de gestación y el cuidado de un recién nacido, lo cual se refleja en la adherencia al uso de los servicios sanitarios y recomendaciones dadas durante los controles prenatales, aquellas mujeres con embarazos no deseados tienen menos probabilidad de iniciar la atención prenatal en el primer trimestre, asistir a 4 o más controles prenatales, o que reporten mortinatos o muertes neonatales asociado al haber afirmado tener un embarazo no deseado (Yargawa et al., 2021).

Existen determinantes que aumentan la probabilidad de que suceda un embarazo no deseado, tales como: casarse antes de los 18 años de edad, no tener una ocupación laboral, no tener autonomía sobre decisiones de atención en salud, no abordar el proceso de planificación familiar con la pareja, el decidir si planificar o no acorde a suposiciones no dados por profesionales de la

salud, el temor a los efectos secundarios de los métodos de anticonceptivos, y la edad en el que se tuvo al primer hijo si fue antes de los 18 años (Merga et al., 2021a). Se han realizado estudios en los cuales se evidencia que el acceso a asesoría y métodos de planificación familiar reducen la cantidad de mujeres en embarazo y esto se traduce en la reducción en la cantidad de casos de mortalidad materna (Utomo et al., 2021).

La necesidad insatisfecha de anticonceptivos es un concepto utilizado para la planeación y desarrollo de políticas y programas de salud reproductiva, para garantizar el acceso a los servicios (Profamilia et al., 2015). Atendiendo la necesidad de desarrollar programas de planificación efectivos en Colombia, Profamilia participó en una investigación con los datos de las ENDS, la cual revela que en el Cauca el 5% de los hogares tiene necesidad insatisfecha de anticonceptivos y llega al 15% entre los hogares con menores de 6 años que tienen barreras de acceso a servicios de cuidado para la primera infancia, y al 25% cuando adicionalmente en estos hogares hay personas que no están afiliadas al SGSSS (Profamilia et al., 2015).

En Popayán un estudio realizado el año 2019 revela que el 47% de las mujeres no planificaba al momento de la investigación y que solo el 29% de las mujeres encuestadas conocían la gratuidad de los servicios de planificación familiar. Entre las mujeres que no planificaban, las principales razones para no hacerlo fueron el temor a los efectos adversos, no considerarlos necesarios, desconocimiento de los métodos, prohibición de la pareja y motivos religiosos (Martínez Meza et al., 2020)

La gran cantidad de factores que influyen en el acontecimiento de un embarazo no deseado aumenta la probabilidad de los mismos, la mayoría relacionados con el acceso y oportunidad a la asesoría en derechos sexuales y reproductivos, atención en planificación familiar y acceso a los

métodos los cuales son necesarios para la reducción de la mortalidad materna (Utomo et al., 2021a), se ha comprobado que los abortos son el 60.6% de los ingresos ginecológicos, de estos el 69.8% eran embarazos no deseados, quienes consultaban con sangrado vaginal, con alta incidencia de complicaciones como muertes materna, o morbilidades que requieren una media de 2,06 días de atención intrahospitalaria comparada con mujeres con embarazos deseado (1,42 días) (Wado et al., 2013).

Las complicaciones del embarazo y del parto podrían evitarse fácilmente si aquellas mujeres tuvieran acceso a servicios apropiados de salud materna y neonatal y planificación familiar. El acceso a la planificación permite que tengan maternidades deseadas, menor cantidad de hijos, posibilita adelantos sociales, económicos y educativos, productividad laboral, además de beneficios ambientales reduciendo el crecimiento demográfico y los cambios en el medio ambiente (UNFPA, 2012).

## Estado del Arte

Se realizó una búsqueda de literatura en el mes de marzo de 2023. Se emplearon los términos Descriptores de Ciencia de la Salud y Medical Subheadings más apropiados para la pregunta de investigación en donde se indagaba sobre embarazo no planeado / no deseado y morbilidad materna y perinatal. Se empleó una estrategia de búsqueda en BVS y en PUBMED que se relaciona a continuación:

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Resultados

Pubmed	((("Pregnancy, Unplanned"[Mesh] OR "Pregnancy, Unwanted"[Mesh])) AND ("Perinatal Mortality"[Mesh] OR "Maternal Mortality"[Mesh] )	88
BVS	("Embarazo no deseado" OR "Embarazo no planeado") AND ("mortalidad perinatal" OR "Mortalidad Materna")	5

Se encontraron 867 artículos de los cuales según el objetivo de esta investigación se sintetizaron cualitativamente los más llamativos:

Ref.	Objetivo	Resultados	Conclusiones	Diseño
(Theme-Filha et al., 2016b)	Analizar la prevalencia y la asociación entre el embarazo no deseado y un conjunto de características sociodemográficas, variables a nivel individual y antecedentes de resultados obstétricos	El 55,4% de las puérperas declararon un embarazo no deseado. Las siguientes variables mantuvieron asociaciones estadísticas positivas y significativas con el embarazo inoportuno: edad materna < 20 años (OR = 1,89; IC 95 %: 1,68-2,14); color de piel moreno (OR = 1,15; IC 95 %: 1,04-1,27) o amarillo (OR = 1,56; IC 95 %: 1,05-2,32); no tener pareja (OR = 2,32; IC del 95 %: 1,99-2,71); no tener trabajo remunerado (OR = 1,15; IC del 95 %: 1,04-1,27); abuso de alcohol con riesgo de alcoholismo (OR = 1,25; IC del 95 %: 1,04-1,50) y haber tenido tres o más partos (OR = 2,01; IC del 95 %: 1,63-2,47).	Muestra la importancia de la muerte neonatal previa, el parto prematuro y la complicación durante el embarazo como factores de riesgo del embarazo no deseado.	Estudio transversal de una muestra de puérperas
(Aryanty et al., 2021b)	Evaluar la contribución de la planificación familiar a la reducción de la mortalidad materna	Los mayores índices de mortalidad materna en la comunidad se asociaron con una menor prevalencia de anticonceptivos en la comunidad, un mayor porcentaje de partos de paridad cuatro o más, una mayor proporción de hogares	El uso de anticonceptivos genera un efecto protector significativo para evitar las muertes maternas.	Estudio retrospectivo

	nivel comunitario, un nivel de análisis en el que puede comprenderse mejor la interacción entre el uso de anticonceptivos y otros factores de riesgo y protección de la mortalidad materna.	pobres. Las estimaciones indican que, por cada punto porcentual de aumento de la prevalencia del uso de anticonceptivos, las tasas de mortalidad materna en la comunidad en el contexto del nivel actual se redujeron en 1,5 puntos porcentuales.		
(A. Levi & Dau, 2011b)	Describir la complejidad de la intención de embarazo, se analizan las políticas nacionales de salud pública familiar y se describen las medidas que deben adoptarse.	Los embarazos no deseados que llegan a término se asocian a un retraso en el inicio de la atención prenatal, mayores tasas de bajo peso al nacer y de nacimientos prematuros, menor probabilidad de lactancia materna, mayor probabilidad de consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo y mayor morbilidad y mortalidad maternas.	Para que un marco de salud pública integral y culturalmente apropiado para reducir los embarazos no deseados sea eficaz en poblaciones culturalmente diversas, debe recopilarse en directrices clínicas respaldadas a nivel nacional, incorporarse a las competencias estándar de atención primaria para enfermeras, médicos de práctica avanzada y médicos, y estar respaldado por políticas estatales y federales. Además, el problema de los embarazos no deseados se beneficia	Estudio retrospectivo

			de los servicios de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva, que a su vez proporcionarán a las mujeres los conocimientos y herramientas necesarios para ejercer su control sobre la incidencia de los embarazos	
(Amo-Adjei & Anamaale Tuoyire, 2016)	Analizar el alcance de los embarazos planificados, inoportunos y no deseados y cómo predicen el uso óptimo de los servicios de atención prenatal en 30 países africanos.	En 12 países, las mujeres declararon menos de 4 visitas de control prenatal. En los 30 países, el 37% de las mujeres tuvieron su primera visita de control prenatal en el primer trimestre.	Se deben desplegar mecanismos apropiados para prevenir los embarazos no deseados. Abordar los embarazos no deseados como parte del conjunto de servicios destinados a mejorar la salud materna e infantil es tan importante como mejorar el acceso y la disponibilidad de la atención prenatal y postnatal, la atención, el retraso del parto y otros avances socioeconómicos	Estudio retrospectivo. Datos: encuestas demográficas y de salud realizadas en 30 países africanos entre 2006 y 2015
(Batyra, 2020)	Examinar la asociación entre el nacimiento no planeado y los cambios en la práctica anticonceptiva	América latina es la región con mayor proporción de embarazos no planeados, comparada con otras regiones El 55% en Colombia y el 57% en Perú indicaron que su último parto no era deseado, esto se asoció principalmente a sus condiciones	Las mujeres con embarazos no deseados tienen menos tendencia a seguir usando los métodos anticonceptivos que usaban antes del parto,	Estudio retrospectivo de mujeres que dieron a luz 5 años atrás en

	<p>va en dos países latinoamericanos con niveles altos de fecundidad no planeada</p>	<p>demográficas y socioeconómicas</p> <p>Las mujeres en edades extremas, así como las de mayor paridad tendían a tener más embarazos no deseados que las demás.</p>	<p>así estos fueran de los más eficaces.</p> <p>Los resultados sugieren la necesidad de fortalecer los programas de planificación post parto en Colombia y Perú.</p> <p>La no utilización y/o abandono de los métodos anticonceptivos están relacionados con factores como disponibilidad física o económica de los métodos, problemas de la salud, experiencias con los métodos y sus efectos secundarios, la desinformación y el fracaso de los métodos debido al uso poco sistemático</p>	<p>Colombia y Perú</p>
<p>(Ganatra &amp; Faundes, 2016)</p>	<p>Evaluar la contribución de la prevención oportuna del embarazo y el aborto seguro en la prevención de la mortalidad materna</p>	<p>En india se establece que, si en un periodo de 5 años se cubriera la necesidad insatisfecha de limitar los nacimientos, se evitan 150 mil muertes maternas y una de cada dos muertes por abortos. El riesgo asociado a la edad temprana parece variar según las características de la población y la distribución por edades dentro del grupo de menores de 20 años. La mortalidad materna tiende a aumentar cuando la paridad es mayor a 4.</p>	<p>El acceso a la anticoncepción ayuda a reducir la mortalidad materna, debido a que se previene o retrasa el embarazo en personas que no tenían intención de embarazarse y en personas con mayor riesgo. La prestación de atención de urgencias en caso de complicaciones es</p>	<p>Estudio retrospectivo</p>

			esencial para evitar las muertes.	
(Rozo-Gutiérrez & Ávila-Mellizo, 2021b)	Describir el comportamiento de la mortalidad evitable en el periodo perinatal y neonatal para Colombia en el año 2017 y 2018 de acuerdo con las metodologías disponibles en la literatura.	Por grupos de edad de la madre se observa que la tasa más alta de mortalidad evitable se concentra en las menores de 15 años con 50,1 muertes por 1.000 nacidos vivos para el 2017, y en las mujeres de 40 años y más con 27,2 muertes por 1.000 nacidos vivos para el 2018	Para Colombia la mortalidad perinatal y neonatal tardía obtuvo la tasa más alta de muerte evitable de 13,6 muertes por 1.000 nacidos vivos, lo que representa el 84,3% del total de las defunciones notificadas. Las deficiencias en la salud materna y las barreras de acceso y baja calidad de los programas de atención prenatal concentraron las mayores tasas y proporciones de la mortalidad evitable, por lo que es relevante fortalecer la cobertura y calidad de los programas de atención prenatal.	Corte transversal de las muertes perinatales y neonatales tardías registradas en Colombia para 2017 y 2018.
(Utomo et al., 2021c)	Estimar la cantidad de muertes maternas evitadas durante 1970–2017 debido al uso de anticonceptivos y proyectar	Se estima que entre 523 885 y 663 146 muertes maternas se evitaron entre 1970 y 2017 debido al uso de anticonceptivos, una reducción de 37,5 a 43,1 %. Si la tasa de uso de anticonceptivos aumentara del 63 % en 2017 al 70 % en 2030 y la necesidad insatisfecha de planificación familiar se redujera del 10 al 7 %, se	La maternidad sea o no intencional, planeada o deseada es un evento que puede llegar a mortalidad materna o perinatal, por tal razón se considera y se han hecho estudios en el que el acceso a asesoría y métodos de planificación familiar	Versión modificada del método de descomposición sugerido por Ross y Blanc junto con simulaci

	posibles contribuciones futuras al año 2030	evitarían entre 34 621 y 37 186 muertes maternas adicionales, un 18,9 –20,0% de reducción	reducen la cantidad de mujeres en embarazo y esto se traduce en la reducción en la cantidad de casos de mortalidad materna en magnitudes que van del 6 al 60 % - 44 % a nivel mundial, y también ha reducido las tasas de mortalidad perinatal y aborto con énfasis en los abortos inseguros. El acceso a servicios de planificación familiar se puede traducir como la no intención de la mujer en quedar en embarazo, esta intención y su relación con los eventos de morbilidad materna y perinatal es el objetivo con el actual proyecto de investigación al considerarse un determinante para el evento de embarazo no planeado o no deseado.	ones de políticas.
(Singh et al., 2013)	Examinar la asociación entre la intención de embarazo y la mortalidad neonatal e infantil en la India rural.	Las madres que informaron partos no deseados tenían más probabilidad de una atención prenatal inadecuada (RR 2,32 IC 95 %: 1,54-3. 48) que las madres que reportaron nacimientos deseados. Los niños de embarazos no deseados tenían más riesgo de no cumplir con el esquema de	La gestación no planeada o deseada es un factor de riesgo para desarrollo de alteraciones en la salud materno infantil, puesto que no se identifica de manera oportuna y rápida el embarazo, por lo	Encuesta prospectiva de seguimiento de una cohorte seleccionada de la Encuesta

		<p>vacunación (RR 1,38 IC95%: 1,01-1,87) Asimismo, los nacimientos que se identificaron como inoportunos/no deseados tuvieron un 83 % más de riesgo de mortalidad neonatal en comparación con los nacimientos deseados. La asociación entre la intención de embarazo y la mortalidad infantil fue sólo marginalmente significativa.</p>	<p>tanto, la usuaria no ingresó tempranamente a atención prenatal, y a no recibir oportunamente recomendaciones prenatales de cuidado de su salud y de su bebe, por lo cual se puede favorecer la probabilidad de que se presente una mortalidad neonatal o infantil.</p>	<p>Nacional de Salud Familiar 1998-1999, realizada en 2002-2003 en áreas rurales de cuatro estados indios.</p>
<p>(Lindberg et al., 2015)</p>	<p>Examinar las asociaciones entre una medida de cuatro categorías de intenciones de embarazo (intencionado, inoportuno &lt;2 años, inoportuno ≥2 años, no deseado) y comportamientos maternos y resultados de salud infantil hasta los dos años</p>	<p>Los nacimientos atrasados por dos o más años (OR 0,58) y los nacimientos no deseados (OR 0,33) tenían probabilidades significativamente más bajas que los nacimientos previstos de tener una madre que reconociera el embarazo dentro de las primeras 8 semanas; también tenían aproximadamente la mitad de las probabilidades que los nacimientos previstos de recibir atención prenatal temprana, y tenían probabilidades significativamente más altas de exposición al humo del cigarrillo durante el embarazo.</p>	<p>La gestación planeada es un factor protector del estado de salud tanto de la madre como del recién nacido porque el embarazo se presenta durante una etapa de estabilidad socioeconómica y psicológica reconocidas por la mujer, por lo cual la mujer esta atenta al reconocimiento oportuno del embarazo, asiste y se adhiere a la atención prenatal y sus recomendaciones, y se prepara para el parto. Mientras que una mujer que no planea ni desea estar en embarazo, sin intención de generar</p>	<p>Se utilizaron métodos de puntaje de propensión para controlar la confusión.</p>

			<p>daños o alteraciones en su salud se expone en mayor cantidad al humo o consumo de cigarrillo, consumo de alcohol, y no identifica oportunamente si está en embarazo, porque se encuentra en una etapa en la que no se siente preparada psicológica o económicamente para asumir la gestación o el cuidado de un recién nacido, y puede asumir conductas que no benefician a su estado de salud durante la gestación por lo cual el recién nacido puede presentar alteraciones de salud durante etapas neonatales o en su infancia.</p>	
--	--	--	---	--

## Metodología

### Enfoque, Tipo y Diseño de Investigación

Investigación con enfoque cuantitativo, de tipo observacional analítico con diseño de corte transversal.

### Población y Muestra

#### *Población Blanco*

La población diana de esta investigación corresponde a mujeres que se encuentran en estado de gestación que hayan tenido un parto en la ciudad de Popayán del departamento del Cauca.

#### *Población de Estudio*

La población de estudio serán las mujeres gestantes que hayan tenido un parto entre 1° enero de 2022 y el 1° de enero de 2023, en la ciudad de Popayán del departamento del Cauca.

#### *Criterios de Inclusión*

Los individuos de esta investigación deben cumplir a totalidad los siguientes criterios:

- Ser mujer gestante dentro del periodo comprendido entre 1° de enero de 2022 y el 1° de enero 2023
- Haber tenido el parto en la ciudad de Popayán del departamento del Cauca.

### ***Criterios De Exclusión***

Aquellos individuos que habiendo cumplido los criterios de inclusión a la investigación, si cumplen al menos un criterio de exclusión a continuación, no serán tenidos en cuenta:

- Embarazo adolescente (mujeres menores de 17 años, 11 meses y 29 días)
- Embarazo añoso (mujeres mayores de 40 años)
- Enfermedad ya diagnosticada antes del embarazo (Hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, enfermedades autoinmunes, neurológicas, mentales, infecciosas, entre otras)

### **Tamaño de Muestra y Muestreo**

Teniendo en cuenta que existen 104.830 mujeres en edad fértil en la ciudad de Popayán, entre las edades de 18 a 60 años, y que se tiene una frecuencia esperada para países de ingreso medio de morbilidad materna de 7,7 según el boletín epidemiológico semanal del INS, teniendo en cuenta un poder de 80%, un error estimado menor del 3% y una confianza al 95%, el tamaño mínimo de muestra para este estudio son 302 gestantes. Se calcula un 10% adicional por posibles pérdidas arrojando un tamaño final de 332 gestantes.

**Figura 1.** *Tamaño de muestra*

**Population survey or descriptive study**  
For simple random sampling, leave design effect and clusters equal to 1.

		Confidence Level	Cluster Size	Total Sample
Population size:	104830	80%	130	130
Expected frequency:	7,7 %	90%	213	213
Acceptable Margin of Error:	3 %	95%	302	302
		97%	371	371
Design effect:	1	99%	521	521
		99.9%	848	848
Clusters:	1	99.99%	1182	1182

### Variables

Esta investigación decidió dividir las variables a emplear en 3 grandes grupos. Las primeras son las sociodemográficas o de identificación de los sujetos. El segundo grupo son las características clínicas del embarazo y el tercero las complicaciones en el momento del parto.

A continuación, se presenta el cuadro de operacionalización de variables que servirá para asegurar la validez interna y externa de esta investigación.

**Tabla 1.** *Operacionalización de variables*

Nombre	Definición operativa	Naturaleza	Nivel y Escala de medición	Opciones de contestación o Unidad de medida.
NOM	Identificación de la gestante con nombres y apellidos	Cualitativa	No aplica	Única abierta.
EDD	Tiempo de vida de gestante en años	Cuantitativa	Intervalos	18 a 20 años 21 a 25 años 26 a 30 años

				31 a 35 años 36 a 40 años
IDE	Número de documento de identificación.	Cuantitativa	No aplica	Única abierta.
ESC	Máximo grado de estudios aprobados	Cualitativa	Nominal	Sin escolaridad Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Tecnico Tecnológico Pregrado Posgrado
SOC	Factores sociales y económicos que caracterizan al individuo o al grupo dentro de la estructura social.	Cualitativa	Nominal	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Estrato 5 Estrato 6
VIV	Forma principal en que se ejerce la posesión de la vivienda	Cualitativa	Nominal	Familiar Propia Arrendada Anticresis
EMP	Generación de valor a partir de la actividad producida por una persona.	Cualitativa	Nominal	Empleo estable Empleo no estable Desempleada
PFP	Uso de métodos que impiden la gestación	Cualitativa	Nominal	Ninguno De barrera Hormonales Definitivos Natural
ICP	Edad gestacional en la primera consulta de control prenatal	Cuantitativa	Intervalo	Menor o igual a 10 sem De 10,1 a 14 semanas Mayor a 14 semanas
GPN	Conjunto de medidas tomadas para lograr un embarazo	Cualitativa	Nominal	Si No
GDS	Embarazo que es querido por el progenitor o progenitores	Cualitativa	Nominal	Si No

CPN	Número de consultas de control prenatal asistidas durante la gestación	Cuantitativa	Intervalo	1 a 2 CPN 3 a 4 CPN 5 a 6 CPN 7 a 8 CPN 9 a 10 CPN Más de 10 CPN
AFG	Tomo ácido fólico durante la gestación acorde a como le indicó el profesional en salud	Cualitativa	Nominal	Si No
CAG	Tomo calcio durante la gestación acorde a como le indicó el profesional en salud	Cualitativa	Nominal	Si No
FEG	Tomo hierro durante la gestación acorde a como le indicó el profesional en salud	Cualitativa	Nominal	Si No
DIG	Le diagnosticaron alguna infección durante la gestación	Cualitativa	Nominal	Si No
TIG	Que tipo de infección le diagnosticaron durante la gestación	Cualitativa	Nominal	IVU VIH Sífilis Toxoplasmosis Hepatitis B Otra. ¿Cuál? _____
DAG	Le diagnosticaron anemia durante la gestación	Cualitativa	Nominal	Si No
EGP	Edad gestacional en el momento del parto	Cuantitativa	Intervalo	Menos 28 semanas De 28 a 32 semana De 32 a 37 semanas Más de 37.1 semanas
VIP	Vía por la que se da por terminada la gestación con expulsión de feto y placenta.	Cualitativa	Nominal	Vaginal espontáneo Vaginal inducido Cesárea
PCP	En el momento del parto o posterior al parto se presentó complicaciones	Cualitativa	Nominal	Si No
CPP	Estado en el cual una mujer casi muere, pero sobrevivió a una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto	Cualitativa	Nominal	Hemorragia obstétrica Pre eclampsia Eclampsia Sepsis

	o dentro de los 42 días de la terminación del embarazo			Ruptura uterina Otra. ¿Cual? _____
TCP	Momento en el que presentó complicaciones asociadas a la atención del parto	Cualitativa	Nominal	Menor a 42 días Menor a 1 año No presentó
RNV	El hecho de que un feto nazca vivo, con latidos cardíacos o respiración, con independencia de la edad gestacional. Tal nacido vivo recibe la denominación de neonato	Cualitativa	Nominal	Si No
PNC	Evaluación del peso de un recién nacido	Cuantitativa	Razón	Menos de 2500 gr Entre 2500 y 3999 gr Mayor de 4000 gr
CNC	Condición clínica al nacer del producto de la gestación	Cualitativa	Nominal	Sano Asfisia perinatal Aspiración de meconio Malformación congénita Trastorno metabólico Otra. ¿Cuál? _____
CMN	Causa de fallecimiento de un neonato ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días completos de vida	Cualitativa	Nominal	Hipoxia intrauterina Prematurez Asfisia perinatal Aspiración de meconio Malformación congénita Trastorno metabólico Sepsis bacteriana Otra. ¿Cual? _____
CMG	Causa por la cual una mujer muere durante el embarazo, el parto o dentro del año	Cualitativa	Nominal	Hemorragia obstetrica Preeclampsia Eclampsia

	siguiente a la terminación del embarazo			Sepsis Ruptura uterina Otra. ¿Cuál? _____
--	---	--	--	--

### Fuentes de Información

Las fuentes de esta investigación son secundarias dado que se realiza revisión de historias clínicas de los controles prenatales y de la atención de parto de las mujeres que estuvieron en gestación dentro del periodo comprendido entre 1° de enero de 2022 y el 1° de enero 2023 y su atención fue en la ciudad de Popayán del departamento del Cauca.

### Instrumento de Recolección

El instrumento que se empleará en esta investigación fue creado por los investigadores en la plataforma Google Forms®, con el fin de asegurar la calidad del dato. Se dieron opciones de contestación y preguntas con una única opción de respuesta. Se limitó a menos del 5% el número de preguntas abiertas. Se empleó una escala validada en Colombia, fácil de entender para poder sacar conclusiones sobre el fenómeno de morbilidad materno-perinatal y embarazo no deseado.

**Figura 2.** *Instrumento de recolección*

INTRUMENTO DE RECOLECCION				
1. Datos Socio demograficos				
1.1 Nombre y apellido completo				
1.2 Numero de documento de identidad				
1.3 Edad de gestante		1.4 Nivel de escolaridad en el momento de la gestacion		
1. 18 a 20 años	2.21 a 25 años	1. Sin escolaridad	4. Secundaria incompleta	7. Teconologo
3. 26 a 30 años	4. 31 a 35 años	2. Primaria incompleta	5. Secundaria	8. Pregrado
5. 36 a 40 años		3. Primaria completa	6. Tecnico	9. Posgrado
1.5 Estrato socio demografico		1.6 Tenencia de vivienda		
1. Estrato 1	4. Estrato 4	1. Familiar	3. Arrendada	
2. Estrato 2	5. Estrato 5	2. Propia	4. Anticres	
3. Estrato 3	6. Estrato 6	1.7 Estado de empleo o ocupacion al momento de la gestacion	1. Empleo estable	3. Desempleada
			2. Empleo no estable	
2. Caracteristicas clinicas del embarazo				
2.1 ¿Usaba algun metodo anticonceptivo cuando quedo en embarazo?		2.2 ¿Que edad gestacional tenia cuando inicio consultas de controles prenatales?		
1. Ninguno	4. Definitivos	1. Menor o igual a 10 sem		
2. De barrera	5. Natural	2. De 10,1 a 14 semanas		
3. Hormonales		3. Mayor a 14 semanas		
2.2 ¿Que edad gestacional tenia cuando inicio consultas de controles prenatales?		1. Menor o igual a 10 sem	2. De 10,1 a 14 semanas	3. Mayor a 14 semanas
2.3 Cantidad de controles prenatales realizados durante la gestacion		2.4 ¿Tomo acido folico durante la gestación acorde a		2.5 ¿Tomo hierro durante la gestación acorde a como le indicó el profesional
1. 1 a 2 CPN	4. 7 a 8 CPN	1. Si	2. No	1. Si
2. 3 a 4 CPN	5. 9 a 10 CPN	2.6 ¿Le diagnosticaron alguna infección durante la gestación?		
3. 5 a 6 CPN	6. Más de 10 CPN	1. Si		2. No
2.7 ¿Que tipo de infección le diagnosticaron durante la gestación?		2.8 ¿Le diagnosticaron anemia durante la gestación?		
1. IVU	3. Sifilis	5. Hepatitis B		
2. VIH	4. Toxoplasmosis	6. Otra. ¿Cuál?		1. Si
				2. No

<b>2.9 Que edad gestacionla tenia al momento del parto?</b>		<b>2.10. Vía por la que se dio por terminada la gestación con expulsión del bebe</b>			
1. Menos 28 semanas	3. De 32 a 37 semanas	1. Vaginal espontáneo	2. Vaginal inducido	3. Cesárea	
2. De 28 a 32 semana	4. Más de 37.1 semanas				
<b>3.0 Complicaciones en el momento del parto o posparto</b>					
<b>3.1 ¿En el momento del parto o posterior al parto se presentó complicaciones?</b>		<b>3.2 ¿Qué complicaciones presento en el momento del parto o en el posparto?</b>			
1. Si	2. No	1. Hemorragia obstetrica	3. Eclampsia	5. Ruptura uterina	
<b>3.3 ¿En que momento del posparto presento las complicaciones?</b>		2. Preeclampsia	4. Sepsis	6. Otra. ¿Cual?	
1. Menor a 42 días	3. No presentó	<b>3.4 ¿El producto e l gestacion nacio vivo?</b>			
2. Menor a 1 año		1. Si	2. No		
<b>3.5 El peso al nacer del recién nacido fue</b>		1. Menor de 2500 gr	2. Entre 2500 y 3999 gr	3. Mayor de 4000 gr	
<b>3.6 Cual fue la condición clínica al nacer del producto de la gestación</b>		1. Sano	3. Aspiración de meconio	5. Trastorno metabólico	
		2. Asfixia perinatal	4. Malformación congénita	6. Otra. ¿Cuál?	
<b>3.7 ¿Cual fue la causa de fallecimiento de un neonato ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días completos de vida?</b>		1. Hipoxia intrauterina	3. Asfixia perinatal	5. Malformación congénita	7. Sepsis bacteriana
		2. Prematurez	4. Aspiración de meconio	6. Trastorno metabólico	8. Otra. ¿Cual?
<b>3.8 ¿Causa por la cual una mujer muere durante el embarazo, el parto o dentro del año siguiente a la terminación del embarazo ?</b>		1. Hemorragia obstetrica	3. Eclampsia	5. Ruptura uterina	
		2. Preeclampsia	4. Sepsis	6. Otra. ¿Cuál?	

<https://forms.gle/Grun5fPzEd2Srdx4>

## Plan de análisis de la información

Esta investigación empleará un análisis estadístico matemático dada su naturaleza cuantitativa. A las variables cualitativas les reportará frecuencias absolutas y relativas en forma de porcentajes, y se representará de forma gráfica las variables dicotómicas relacionadas con gráficos de barras agrupadas. A las variables cuantitativas como previo análisis de normalidad con la prueba Shapiro-Wilk, se le reportarán las medidas de tendencia central (si la distribución es normal

promedio, sino mediana) y las de dispersión (s la distribución es normal desviación estándar y si no, rango intercuartílico). La representación gráfica de estas variables será con gráficos tipo histograma para las variables discretas. Se realizará un análisis bivariado teniendo en cuenta como variables independientes los diferentes desenlaces de morbilidad y mortalidad materno perinatal y variable dependiente si el embarazo fue deseado o no. Se realizarán pruebas de independencia estadística tipo Chi cuadrado o Fisher dependiendo de las características de los datos. Se calcularán OR crudos para cada desenlace con su respectivo intervalo de confianza al 95%.

## Consideraciones Éticas

Esta investigación seguirá todas las recomendaciones dadas por el informe Belmont, la declaración de Helsinki y las pautas CIOMS. Teniendo en cuenta el informe Belmont se garantizará el respeto a la autonomía de la persona, su bienestar protegiéndola de daños o la posibilidad de los mismos, y siendo equitativos entre los sujetos de investigación, por medio del uso del consentimiento informado el cual contiene claramente información sobre el problema, objetivos y metodología de la investigación a realizar, con la debida comprensión de lo información y la necesidad de su voluntariedad para el desarrollo de la misma teniendo en cuenta los riesgos y beneficios de la propia investigación y de los resultados que se obtendrán. Así mismo, teniendo en cuenta la declaración de Helsinki, cuyo propósito principal es la investigación en seres humanos para mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades a través de una propuesta de principios éticos, los cuales se cumplirán pues permiten orientar a cómo realizar investigación médica en seres humanos.

También se propondrá garantizar el buen manejo de la información teniendo en cuenta la ley de “habeas data” colombiana (1581 de 2012). Dentro de las estrategias para garantizar la seguridad, privacidad y buen manejo de los datos solicitados a los participantes se aplicarán los 8 principios y se realizará la protección de datos personales de acuerdo al artículo 19, garantizando que en el tratamiento de datos personales se respeten los principios, derechos, garantías y procedimientos previstos en la mencionada ley.

También, se tendrá en cuenta la ley 1995 de 1999 que rige la historia clínica, teniendo en cuenta que es un documento privado sujeto a recelo profesional.

Por último, según la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud colombiano, se considera un estudio sin riesgo, debido a que se emplean métodos de investigación documental retrospectivos y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

## Referencias

- Amo-Adjei, J., & Anamaale Tuoyire, D. (2016). Effects of planned, mistimed and unwanted pregnancies on the use of prenatal health services in sub-Saharan Africa: A multicountry analysis of Demographic and Health Survey data. *Tropical Medicine & International Health*, 21(12), 1552–1561. <https://doi.org/10.1111/tmi.12788>
- Aryanty, R. I., Romadlona, N., Besral, B., Panggabean, E. D. P., Utomo, B., Makalew, R., & Magnani, R. J. (2021). Contraceptive use and maternal mortality in Indonesia: A community-level ecological analysis. *Reproductive Health*, 18(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-01022-6>
- Aryanty, R. I., Romadlona, N., Besral, B., Panggabean, E. D. P., Utomo, B., Makalew, R., & Magnani, R. J. (2021b). Contraceptive use and maternal mortality in Indonesia: A community-level ecological analysis. *Reproductive Health*, 18(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-01022-6>
- Batyra, E. (2020). Contraceptive Use Behavior Change After an Unintended Birth in Colombia and Peru. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 46, 9–19. <https://doi.org/10.1363/46e8420>
- Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A.-B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., Kwok, L., & Alkema, L. (2020). Embarazo no deseado y aborto por ingresos, región y situación legal del aborto: Estimaciones de un modelo integral para 1990-2019. *The Lancet Global Health*, 8(9), 10. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)
- BIREME / OPAS / OMS. (2004). Embarazo no planeado. En *Descriptor de Ciencias de la salud*.

- BIREME / OPAS / OMS. (1999). Embarazo no deseado. En *Descriptor de Ciencias de la salud*.
- BIREME / OPAS / OMS. (2013). Determinantes sociales. En *Descriptor de Ciencias de la salud*.
- BIREME / OPAS / OMS. (1999a). Control prenatal. En *Descriptor de Ciencias de la salud*.
- BIREME / OPAS / OMS. (1999b). Complicaciones en el Embarazo. En *Descriptor de Ciencias de la salud*.
- BIREME / OPAS / OMS. (2007). Mortalidad perinatal. En *Descriptor de Ciencias de la salud*.
- BIREME / OPAS / OMS. (2020). Morbilidad materna. En *Descriptor de Ciencias de la salud*.
- BIREME / OPAS / OMS. (1999c). Mortalidad materna. En *Descriptor de Ciencias de la salud*.
- Forero Rodríguez, D. E., Torres, L. M., & Rodríguez, L. S. (2019). La morbimortalidad materno-infantil y su prevención. En D. E. Forero Rodríguez, *Prevención de la enfermedad y la muerte en el embarazo y la primera infancia: Un aporte desde la psicología del consumidor* (pp. 9–35). Fundación Universitaria Konrad Lorenz.  
<https://doi.org/10.14349/9789585234420.1>
- Ganatra, B., & Faundes, A. (2016). Role of birth spacing, family planning services, safe abortion services and post-abortion care in reducing maternal mortality. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 36, 145–155.  
<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2016.07.008>
- Goshu, Y. A., & Yitayew, A. E. (2019a). Prevalence and determinant factors of unintended pregnancy among pregnant women attending antenatal clinics of Addis Zemen hospital. *PLOS ONE*, 14(1), e0210206. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210206>

- Goshu, Y. A., & Yitayew, A. E. (2019b). Prevalencia y factores determinantes del embarazo no deseado entre las embarazadas que acuden a las clínicas prenatales del hospital Addis Zemen. *PLoS ONE*, *14*(1), 12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210206>
- Hall, J. A., Barrett, G., Copas, A., Phiri, T., Malata, A., & Stephenson, J. (2018). Reevaluación de la intención del embarazo y su relación con los resultados maternos, perinatales y neonatales en un entorno de bajos ingresos. *PloS One*, *13*(10), 16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205487>
- Kelly, P. J. (2014, agosto 26). *Unintended Pregnancy and the Social Determinants of Health—Kelly—2014—Public Health Nursing—Wiley Online Library*. <https://doi.org/10.1111/phn.12154>
- Kessler, A., & Standley, C. C. (1973). Sanidad, planificación familiar y crecimiento demográfico. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, *3*(4), 6. <https://doi.org/10.2190/X9K7-L58A-QYBB-APWA>
- Langer, A. (2002). El embarazo no deseado: Impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *11*, 192–205. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892002000300013>
- Levi, A., & Dau, K. Q. (2011a). Meeting the National Health Goal to Reduce Unintended Pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *40*(6), 775–781. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01292.x>
- Levi, A., & Dau, K. Q. (2011b). Meeting the National Health Goal to Reduce Unintended Pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *40*(6), 775–781. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01292.x>

- Levi, A. J., Simmonds, K. E., & Taylor, D. (2009). The Role of Nursing in the Management of Unintended Pregnancy. *Nursing Clinics of North America*, 44(3), 301–314.  
<https://doi.org/10.1016/j.cnur.2009.06.007>
- Lindberg, L., Maddow-Zimet, I., Kost, K., & Lincoln, A. (2015). Pregnancy Intentions and Maternal and Child Health: An Analysis of Longitudinal Data in Oklahoma. *Maternal and Child Health Journal*, 19(5), 1087–1096. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1609-6>
- Martínez Meza, Y. E., Solano Latorre, L. C., Banguera Riascos, H., Joaquín Samboní, W. G., Díaz Ordoñez, J. C., Garzón Portilla, M. C., & Peña Desmoineaux, M. (2020). Planificación familiar en mujeres de una institución educativa de la Ciudad de Popayán, Colombia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 66(3), 4.  
<https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2260>
- Merga, J., Wirtu, D., Bekuma, T. T., & Regasa, M. T. (2021a). El embarazo no deseado y los factores entre las jóvenes casadas actualmente embarazadas en Oromia occidental, Etiopía: Un método mixto. *PLOS ONE*, 16(11), 12.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259262>
- Merga, J., Wirtu, D., Bekuma, T. T., & Regasa, M. T. (2021b). Unintended pregnancy and the factors among currently pregnant married youths in Western Oromia, Ethiopia: A mixed method. *PLOS ONE*, 16(11), e0259262. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259262>
- Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud Tomo II*.
- MSPS Colombia. (2022a). *Protocolo de Vigilancia de Mortalidad materna* [Protocolo]. Instituto Nacional de Salud. <https://doi.org/10.33610/infoeventos.45>

- MSPS Colombia. (2022). *Protocolo de Vigilancia de Mortalidad perinatal y neonatal tardía* [Protocolo]. Instituto Nacional de Salud. <https://doi.org/10.33610/infoeventos.44>
- OMS. (2023). *Mortalidad materna*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Pallitto, C., & Ocampo, P. (2004). Relación entre la violencia contra la mujer en la pareja y el embarazo no planeado: Análisis de una muestra nacional de Colombia. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. <https://doi.org/10.1363/2004.13490>
- Profamilia, Investigación en Salud y Demografía, & ForoLAC. (2015). *Identificación de poblaciones con mayor necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en Colombia*.
- Rozo-Gutiérrez, N., & Ávila-Mellizo, G. (2021a). Mortalidad evitable en la vigilancia de la mortalidad perinatal y neonatal, Colombia, 2017 y 2018. *Revista Chilena de Salud Pública*, 25(1), Article 1. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2021.65196>
- Rozo-Gutiérrez, N., & Ávila-Mellizo, G. (2021b). Mortalidad evitable en la vigilancia de la mortalidad perinatal y neonatal, Colombia, 2017 y 2018. *Revista Chilena de Salud Pública*, 25(1), Article 1. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2021.65196>
- Siegel, E., & Morris, N. M. (1974). Planificación familiar: Su justificación sanitaria. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 118(7), 9. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(74\)90674-7](https://doi.org/10.1016/0002-9378(74)90674-7)
- Singh, A., Singh, A., & Mahapatra, B. (2013). The Consequences of Unintended Pregnancy for Maternal and Child Health in Rural India: Evidence from Prospective Data. *Maternal and Child Health Journal*, 17(3), 493–500. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1023-x>

Theme-Filha, M. M., Baldisserotto, M. L., Fraga, A. C. S. A., Ayers, S., da Gama, S. G. N., & Leal, M. do C. (2016a). Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: Cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012. *Reproductive Health*, 13(3), 118. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0227-8>

Theme-Filha, M. M., Baldisserotto, M. L., Fraga, A. C. S. A., Ayers, S., da Gama, S. G. N., & Leal, M. do C. (2016b). Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: Cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012. *Reproductive Health*, 13(S3), 118. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0227-8>

UNFPA. (2012). *La necesidad insatisfecha de atención de la salud reproductiva*.

UNFPA. (2020, enero 13). *Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad Maternas: Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. UNFPA América Latina y El Caribe.

<https://lac.unfpa.org/es/publications/reducci%C3%B3n-de-la-mortalidad-y-la-morbilidad-maternas-consenso-estrat%C3%A9gico-interagencial>

Utomo, B., Suahya, P. K., Romadlona, N. A., Robertson, A. S., Aryanty, R. I., & Magnani, R. J. (2021a). El impacto de la planificación familiar en la mortalidad materna en Indonesia. *Population Health Metrics*, 19(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12963-020-00245-w>

Utomo, B., Suahya, P. K., Romadlona, N. A., Robertson, A. S., Aryanty, R. I., & Magnani, R. J. (2021b). The impact of family planning on maternal mortality in Indonesia: What future contribution can be expected? *Population Health Metrics*, 19(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12963-020-00245-w>

- Utomo, B., Sucahya, P. K., Romadlona, N. A., Robertson, A. S., Aryanty, R. I., & Magnani, R. J. (2021c). The impact of family planning on maternal mortality in Indonesia: What future contribution can be expected? *Population Health Metrics*, 19(1), 2.  
<https://doi.org/10.1186/s12963-020-00245-w>
- Wado, Y. D., Afework, M. F., & Hindin, M. J. (2013). Embarazos no deseados y utilización de los servicios de salud materna en el suroeste de Etiopía. *BMC International Health and Human Rights*, 13(1), 8. <https://doi.org/10.1186/1472-698X-13-36>
- WHO. (2012). *The WHO application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and puerperium: ICD-MM*. World Health Organization.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/70929>
- Yargawa, J., Machiyama, K., Ponce Hardy, V., Enuameh, Y., Galiwango, E., Gelaye, K., Mahmud, K., Thyssen, S. M., Kadengye, D. T., Gordeev, V. S., Blencowe, H., Lawn, J. E., Baschieri, A., Cleland, J., & Every Newborn-INDEPTH Study Collaborative Group. (2021). Integridad, calidad y utilidad de los datos de intención de embarazo en encuestas poblacionales. *Population Health Metrics*, 19(Suppl 1), 18.  
<https://doi.org/10.1186/s12963-020-00227-y>
- Yeatman, S., & Smith-Greenaway, E. (2021). El deterioro de la salud de las mujeres después de (algunos) nacimientos no deseados. *Demographic research*, 45, 24.  
<https://doi.org/10.4054/demres.2021.45.17>

# IMPACTO DEL EMBARAZO NO DESEADO EN LA MORBIMORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL EN EL MUNICIPIO DE POPAYÁN, 2021- 2022.

Jinna Alejandra Manzano  
Maria Alejandra Ramirez  
Angie Catherine Fernandez

¿POR QUÉ?!

DATOS

PREGUNTA

¿COMO?

¿POR QUÉ?!



PREVENIR

MME - MM - MP

# EMBARAZO NO DESEADO



MME - MM - MP



# DATOS

De 210 millones de embarazos que se producen cada año, aprox. el 40% son no planificados (Merga et al., 2021).



Durante el año 2017, aproximadamente 810 mujeres murieron por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto (MSPS Colombia, 2022).

DATOS



Prezi

Activar Windows

Ve a Configuración para activar Windows

- Los estudios indican que las mujeres con embarazos no deseados tienden a desarrollar alteraciones físicas, eclampsia, preeclampsia y hemorragias post parto, así como también muertes maternas y perinatales.
- En Colombia, la tasa de mortalidad materna fue de 74 por cada 100.000 nacidos vivos en 2017 (MSPS Colombia, 2022a).





¿EXISTE RELACIÓN ENTRE EL EMBARAZO  
NO DESEADO Y EL DESARROLLO DE  
MORBIMORTALIDAD MATERNA Y  
PERINATAL EN POPAYÁN - CAUCA,  
ENTRE ENERO DE 2021 Y ENERO DE 2022?



# METODOLOGIA



Investigación con enfoque cuantitativo, de tipo observacional analítico con diseño de corte transversal.

Realizar revisión de historias clínicas de los controles prenatales y de la atención de parto de las mujeres.

El instrumento en la plataforma de Google Forms®, con el fin de asegurar la calidad del dato.

META 1

META 2

\$\$\$\$



Prezi

Activar Windows

Ve a Configuración para ac



# META

Para disminuir los efectos negativos en la salud materna, perinatal y neonatal el reconocimiento de los factores de riesgo es el primer paso para la gerencia de los servicios de salud, que orienta la construcción de propuestas de intervención para la disminución de la ocurrencia de los eventos y orienta las acciones en salud.



## ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

## META

El acceso a la planificación permite Maternidades deseadas, menor cantidad de hijos, posibilita adelantos sociales, económicos y educativos, productividad laboral, además de beneficios ambientales reduciendo el crecimiento demográfico y los cambios en el medio ambiente.

Evitabilidad de complicaciones del embarazo y del parto gracias a acceso a servicios apropiados de salud materna y neonatal y planificación familiar.



# ACTIVIDADES DESDE ENFERMERÍA

- Anticoncepción con adecuado asesoramiento y gestión de su uso
- Asesoramiento preconcepcional
- Diagnóstico del embarazo y asesoramiento sobre las opciones del mismo
- La formación de enfermería desde la academia en competencias sobre salud reproductiva



- Estudio sin riesgo
- El proyecto es viable financieramente



**IMPACTO DEL EMBARAZO NO DESEADO EN LA  
MORBIMORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL  
EN EL MUNICIPIO DE POPAYÁN,  
2021- 2022.**

**Jinna Alejandra Manzano  
Maria Alejandra Ramirez  
Angie Catherine Fernandez**

**¿POR QUÉ?!**

**DATOS**

**PREGUNTA**

**¿COMO?!**