



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

Informe final de investigación previo a la obtención del título de
MÉDICO GENERAL

TRABAJO DE TITULACIÓN

Control prenatal y prevención de riesgo obstétrico en mujeres de un área rural. Riobamba,
2020

Autora: María José Hernández Alarcón

Tutora: Dra. Anabela del Rosario Criollo Criollo

Riobamba –Ecuador

2021

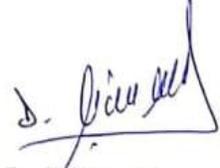
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

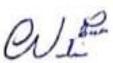
CERTIFICADO DEL TRIBUNAL

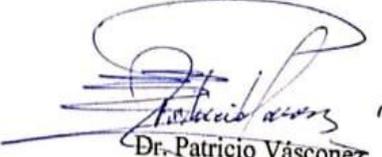
Los miembros del tribunal de graduación del Proyecto de Investigación de título: **“CONTROL PRENATAL Y PREVENCIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO EN MUJERES DE UN ÁREA RURAL. RIOBAMBA, 2020”**; presentado por la estudiante Hernández Alarcón María José y dirigido por Dra. Anabela del Rosario Criollo Criollo, Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación escrito en la cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Educación, Humanas y Tecnologías de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Por la constancia de lo expuesto firman:


Dra. Anabela del Rosario Criollo
TUTOR


Dr. Wilson Nina
MIEMBRO DEL TRIBUNAL


Dra. Cristina Noboa
MIEMBRO DEL TRIBUNAL


Dr. Patricio Vásconez
DELEGADO DEL DECANO

CERTIFICACIÓN DE TUTORÍA

Yo, **ANABELA DEL ROSARIO CRIOLLO CRIOLLO**, docente del programa de Internado Rotativo de la carrera de **MEDICINA**, en calidad de tutor del proyecto de investigación titulado: “Control prenatal y prevención de riesgo obstétrico en mujeres de un área rural. San Juan- Riobamba, 2020”, presentado por la estudiante, **MARÍA JOSÉ HERNÁNDEZ ALARCÓN**, en forma legal certifico haber revisado el desarrollo del mismo, por lo cual autorizo su presentación para la defensa pública.

Es todo lo que puedo decir en honor a la verdad

Riobamba, 18 de junio del 2021



Dra. Anabela Criollo
GINECOLOGA OBSTETRA
MSP. 1716280126

Dra. Anabela del Rosario Criollo Criollo

C.I: 1716280126

TUTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

AUTORÍA

Yo, Hernández Alarcón María José autora del trabajo de investigación titulado, **“CONTROL PRENATAL Y PREVENCIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO EN MUJERES DE UN ÁREA RURAL. RIOBAMBA, 2020”**; declaro que todo su contenido es original y pertenece al aporte investigativo personal. Yo soy responsable de las opiniones, expresiones, pensamientos y concepciones que se han tomado de varios autores para enriquecer el marco teórico. De la misma manera concedemos los derechos de autor de la Universidad Nacional de Chimborazo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y normativa vigente.

Riobamba, 29 de julio de 2021



HERNANDEZ ALARCON MARIA JOSE

C.I.: 0604236653

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por la vida; a mi madre por ser la persona quien estuvo a lo largo de mi carrera brindándome su apoyo incondicional cuando más lo necesite, quien a pesar de los obstáculos siempre estuvo a mi lado y nunca dejo de creer en mí; al Centro de Salud tipo A “San Juan”, sobre todo a su director por la apertura brindada para la recolección de datos sobre el tema de investigación; a la Universidad Nacional de Chimborazo por todo el conocimiento brindado a través de los docentes que día a día buscaban formar profesionales de excelencia y a mi tutora por confiar en mi trabajo de investigación.

María José Hernández

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a mi madre y a mi familia quienes son el pilar fundamental de mi vida y me apoyaron incondicionalmente a lo largo de esta noble profesión.

María José Hernández

TABLA DE CONTENIDOS

CERTIFICADO DEL TRIBUNAL.....	¡Error! Marcador no definido.
CERTIFICACIÓN DE TUTORÍA.....	iii
AUTORÍA	iv
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA.....	vi
TABLA DE CONTENIDOS	vii
INDICE DE GRAFICOS.....	ix
INDICE DE TABLAS	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
JUSTIFICACIÓN.....	4
OBJETIVOS.....	6
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos	6
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	7
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y SU PAPEL EN EL CONTROL DE LA GESTANTE	7
CONTROL PRENATAL	7
Características del control prenatal.....	8
Primer control	11
Controles consecutivos	15
FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO	16

Embarazos de bajo riesgo o sin riesgo	17
Embarazos de alto riesgo	17
PREVENCIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO	17
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	19
CLASIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	19
Población.....	19
Variables	19
Métodos, técnicas e instrumentos	20
Procesamiento de los datos	20
Requerimientos éticos.....	21
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	22
CONCLUSIONES.....	29
RECOMENDACIONES	30
BIBLIOGRAFÍA	31
ANEXOS	36

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1: Control prenatal durante el embarazo y trimestre acudido en el primer control	9
Gráfico 2: Promedio de controles prenatales de nacidos vivos por grupo de edad en el año 2017	9
Gráfico 3: Acciones a tomar en el primer control prenatal tomado de la Guía de Práctica Clínica .	12
Gráfico 4: Signos de alarma durante el embarazo	15
Gráfico 5: Clasificación del riesgo obstétrico dependiendo de variables a considerar	16
Gráfico 6: Distribución del nivel de escolaridad	23
Gráfico 7: Distribución de la población según paridad.....	25
Gráfico 8: Distribución de la población según antecedentes patológicos personales, familiares y obstétricos	27

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Recomendación de la frecuencia de controles prenatales según la edad gestacional	8
Tabla 2: Operacionalización de las variables	20
Tabla 3: Distribución de la población según etnia	22
Tabla 4: Distribución de las embarazadas captadas atendiendo al sector donde viven	22
Tabla 5: Distribución de las participantes según estado civil	23
Tabla 6: Distribución de la población según la edad	24
Tabla 7: Distribución de las participantes según la talla.....	24
Tabla 8: Frecuencias del índice de masa corporal	24
Tabla 9: Distribución de las embarazadas atendiendo al período intergenésica	25
Tabla 10: Presencia de complicaciones obstétricas durante el embarazo en curso	26
Tabla 11: Suficiencia del control obstétrico atendiendo al número de estos.....	26
Tabla 12: Nivel de riesgo obstétrico en la población estudiada	28

RESUMEN

Se realizó un proceso investigativo con enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, descriptiva y de corte transversal, con el propósito de describir el control prenatal y los factores de riesgo obstétrico en 65 embarazadas de la Comunidad San Juan perteneciente a la Provincia de Chimborazo, atendidas durante el año 2020 en ese centro de salud. Los datos correspondientes a las variables de interés se obtuvieron a partir de los formularios 051 en las historias clínicas de las involucradas. El 83,08% vivía en zonas rurales, el 69,23% mantenía una relación de convivencia con su pareja y el 60% tenía una edad entre 20 y 35 años. Las primigestas predominaron en la población de estudio y aquellas sin complicaciones durante la gestación, además de las que declararon no tener antecedentes de interés de tipo personal, obstétrico o familiar y las que se realizaron cinco o más controles prenatales. El análisis de las variables de manera integral permitió determinar que el riesgo obstétrico resultó bajo en la mayoría de las embarazadas participantes.

Palabras clave: control prenatal, factores de riesgo, embarazo

ABSTRACT

A non-experimental, descriptive, and cross-sectional research process with a quantitative approach was carried out to describe prenatal control and obstetric risk factors in 65 pregnant women from the San Juan Community belonging to the Province of Chimborazo during the year 2020 in the respective health center. The data correspond to the variables of interest obtained from forms 051 from the clinical records of those involved. 83.08% of the population lived in rural areas, 69.23% had a coexistence relationship with their partner, and 60% were between 20 and 35. Primiparas and those who had no complications during pregnancy predominated in the study population, in addition to those who declared not having a personal, obstetric, or family history of interest and those who underwent five or more prenatal check-ups. The comprehensive analysis of the variables made it possible to determine that the obstetric risk was low in most participating pregnant women.

Keywords: prenatal control, risk factors, pregnancy.

Reviewed by:
Mgs. Sonia Granizo Lara.
English professor.
c.c. 0602088890

INTRODUCCIÓN

El embarazo constituye un proceso natural en la mujer que conlleva cambios fisiológicos, psicológicos y sociales en dependencia de la etapa que curse. Este se considera saludable si evoluciona sin el desarrollo o preexistencia de condiciones desfavorables en la gestante y/o el feto. La magnitud y potencial grado de afectación de esas manifestaciones definen el nivel de riesgo obstétrico. (Vasconcelos Amorim, et al., 2018).

El control prenatal resulta el conjunto de procedimientos y actividades que la embarazada recibe de parte del equipo de salud con el propósito de mitigar factores de riesgo, además de diagnosticar y tratar enfermedades que pueden afectar el estado de salud de la madre y el feto (García Balaguera, 2017). Esta atención debe accesible para todas las gestantes y realizarse de manera individualizada, atendiendo a su entorno familiar y comunitario (Castillo Ávila, et al., 2017).

En 2018, el boletín técnico sobre los indicadores de salud y nutrición de la población ecuatoriana reportó los principales datos relativos al control prenatal en Ecuador: el 83,3% de las madres de niños menores de 5 años tuvieron 5 controles prenatales al menos, correspondiendo el 87,0% al área urbana y un 75,7% a la rural (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2018).

Pérez Yáñez y Yuquilema Valente (2018) observaron que las dificultades con los controles prenatales en Ecuador estaban relacionadas con la insuficiencia de información al respecto, lo que influía en el nivel de conocimiento de las embarazadas. Esas autoras propusieron generar actividades educativas comunitarias sobre esta temática para disminuir las complicaciones materno-fetales mediante la orientación y atención oportuna.

Así, la investigadora se propuso indagar acerca del estado del control prenatal y los factores que inciden en el riesgo obstétrico en las gestantes de la Comunidad San Juan perteneciente a la provincia de Chimborazo en el 2020.

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El adecuado control prenatal permite mitigar los riesgos relacionados con el embarazo. La futura madre debe concientizar su importancia y acudir a los facultativos desde que tiene la sospecha de su estado de gravidez. Eso implica que asista a las citas correspondiente, cumpla con las indicaciones obstétricas y se realice los procedimientos de seguimiento necesarios.

Durante el embarazo y el parto, la embarazada debe recibir una atención salud con calidad para prevenir complicaciones. Sin embargo, en 2016, a nivel mundial, se reportó un 64% de mujeres que recibieron cuatro o más controles prenatales durante su estado (Organización Mundial de la Salud, 2017).

En un estudio realizado en un entorno colombiano, en el que participaron 160 gestantes, se observó que el 81% de las maternas iniciaron controles prenatales en el primer trimestre de embarazo, lo que se consideró como una respuesta positiva ante las estrategias instrumentadas al respecto (Moya , Guiza, y Mora , 2010).

El control prenatal oportuno se considera un problema en Ecuador, situación que se acentúa en las zonas rurales. En provincias como Chimborazo, Bolívar, Cotopaxi y Cañar, menos del 50% de mujeres cumple con la norma según la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2007).

Esa situación precisa de la investigación en las poblaciones de las comunidades rurales provincia Chimborazo, con vistas a obtener datos que permitan diseñar acciones efectivas en relación con el control prenatal para reducir el riesgo obstétrico.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué características tiene el control prenatal y los factores de riesgo obstétrico en las embarazadas de la Comunidad San Juan perteneciente a la Provincia de Chimborazo durante el año 2020?

JUSTIFICACIÓN

El control prenatal consiste en brindar una atención de calidad a las embarazadas respecto a la evolución natural del mismo a través de intervenciones que garanticen la salud de la madre y del feto en desarrollo. Se cree que solo el cumplimiento de los controles no garantiza el aseguramiento de una atención de calidad por lo que se debe brindar actividades y procedimientos que permitan identificar factores de riesgo o enfermedades que puedan alterar el curso normal del embarazo.

Para nuestro país la salud materno – infantil es considerada como primordial ya que tiene como objetivo principal prevenir enfermedades o complicaciones en el embarazo a través de un diagnóstico y seguimiento oportuno que garantice la salud del binomio madre-hijo. Además, todas estas intervenciones aplicadas durante el embarazo resultan beneficiosas en función al costo del sector salud y por ende del país.

La situación por regiones no varía significativamente, según el INEC registrado en el año 2004: en la Sierra el 48% señala haber tenido cinco o más controles prenatales, en la Región Oriental es el 45,8%, mientras en la Costa el valor asciende al 60,6% (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2007).

En el año 2012 persistían diferencias en controles prenatales entre el área urbana y rural, así, el 73,7% de los niños nacidos vivos en el área rural, su primer control prenatal fue en el primer trimestre del embarazo (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2012).

Según la gaceta epidemiológica del año 2018 semana 32, ocurrieron 21 muertes maternas durante el embarazo lo que corresponde al 23.33% del total de muertes. De acuerdo con trimestre de gestación al momento de fallecimiento el 40% de las madres fallecen cursando su tercer trimestre de gestación; el 20% de las madres fallecen con un embarazo a término; el 13,33% de las madres fallecen cursando el primer trimestre de su gestación; el 17,78% de las madres fallece en el curso del segundo trimestre de gestación (Ministerio de Salud Pública, 2018).

En relación con los datos mencionados anteriormente que muestran la realidad que ha vivido nuestro país a lo largo del tiempo, se desarrolló un proceso investigativo en el Centro de Salud de la comunidad San Juan perteneciente a la provincia de Chimborazo en el año 2020.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Describir el control prenatal y los factores de riesgo obstétrico en las embarazadas de la Comunidad San Juan perteneciente a la Provincia de Chimborazo durante el año 2020.

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de interés para el proceso de investigación en las embarazadas incluidas en el estudio.
- Caracterizar los controles prenatales en las embarazadas según las historias clínicas correspondientes.
- Identificar los factores de riesgo obstétrico presentes en la población estudiada.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y SU PAPEL EN EL CONTROL DE LA GESTANTE

La promoción de salud, prevención y solución de las necesidades de la población resulta el objeto fundamental del primer nivel de atención. En este, se utilizan métodos y tecnologías adecuadas a los diversos entornos culturales nacionales, además de ofrecer apoyo mediante actividades relacionadas con la recuperación y rehabilitación en salud (Organización Panamericana de la salud, 2010).

En el caso de la salud materno infantil, sus profesionales identifican factores de riesgo, enfermedades y otros posibles daños en ese sector poblacional, empleando un diagnóstico, tratamiento, dispensarización y atención médica integral oportuna con énfasis en la gestante (Retureta, y otros, 2020).

La intervención educativa dirigida a la promoción de salud constituye una de las funciones específicas en ese nivel de atención, la que incluye temas relevantes de la salud sexual y reproductiva tales como: sexualidad responsable en ambos sexos; planificación familiar, maternidad y paternidad responsables. Este tipo de medidas favorece la prevención del embarazo en la adolescencia (Quintero Paredes, 2016).

CONTROL PRENATAL

El control prenatal constituye el conjunto de procedimientos y actividades que realiza el equipo de salud durante el embarazo con el propósito establecer la presencia de factores de riesgo en la gestante y/o enfermedades que pueden afectar al binomio madre-hijo (Ministerio de Salud Pública, 2015). Esta, se considera la actividad médica más frecuente mundialmente, cubriendo una gama amplia de condiciones maternas o paternas que son potencialmente peligrosas para la madre o el feto (Amaya-Guío, et al., 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) propende por una atención prenatal de calidad, ofrecida por profesionales capacitados para garantizar altos estándares de atención durante el embarazo, mediante la promoción de salud, cribado, diagnóstico y prevención de enfermedades. Además, ofrece apoyo psicológico a la gestante, la familia y la comunidad.

Algunos resultados investigativos sugieren que los hijos nacidos de madres sin controles durante el embarazo tienen tres veces más riesgo de bajo peso al nacer y cinco veces más probabilidades de incidencia de muerte infantil (Aguilera & Soothill, 2014). Este tipo de servicio de salud materno-infantil con una cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, diferenciando según el nivel de riesgo presente eleva la prevención de complicaciones (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2013).

Características del control prenatal

Según la guía sobre Normas para la atención Materna e infantil, se considera que la atención prenatal debe ser precoz, periódica e integral (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2006).

- **Precoz:** captación de la gestante, preferiblemente, desde la ausencia de la primera menstruación o al menos durante el primer trimestre de la gestación, permitiendo el desarrollo oportuno de acciones de promoción, protección y recuperación de la salud.
- **Periódica:** la asistencia a 13 consultas se considera lo ideal; aunque, el nivel mínimo es de cinco controles: uno en la primera mitad del embarazo, otra en la semana 20, la 32 y la 36; luego de eso, se recomiendan dos cada dos semanas hasta el momento del parto. La periodicidad varía ante la presencia de factores o complicaciones que se presenten. Por ejemplo: si el control prenatal se inicia en el primer trimestre para una mujer nulípara con un embarazo de curso normal, resulta adecuado que siga un programa de diez citas; mientras que, una mujer multípara con un embarazo de curso normal se recomienda un programa de siete citas.

EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA DE CONTROLES PRENATALES
< 32 semanas	Consulta mensual
32 a 36 semanas	Consulta cada dos semanas
> 36 semanas	Consulta cada semana hasta el momento del parto

Tabla 1: Recomendación de la frecuencia de controles prenatales según la edad gestacional

Fuente: Normas para la Atención Materna e Infantil (2013)

- **Integral:** la atención prenatal debe abarcar todas las dimensiones que potencialmente pueden alterar el curso del embarazo: biológica, psicológica y social. Todo eso desde principios de interculturalidad y equidad.

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición - ENSANUT, desarrollada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en 2012, la incidencia del primer control prenatal durante el primer trimestre del embarazo en el período 2007 a 2012 se elevó en alrededor del 20% con respecto al comprendido entre 1999 y 2004.

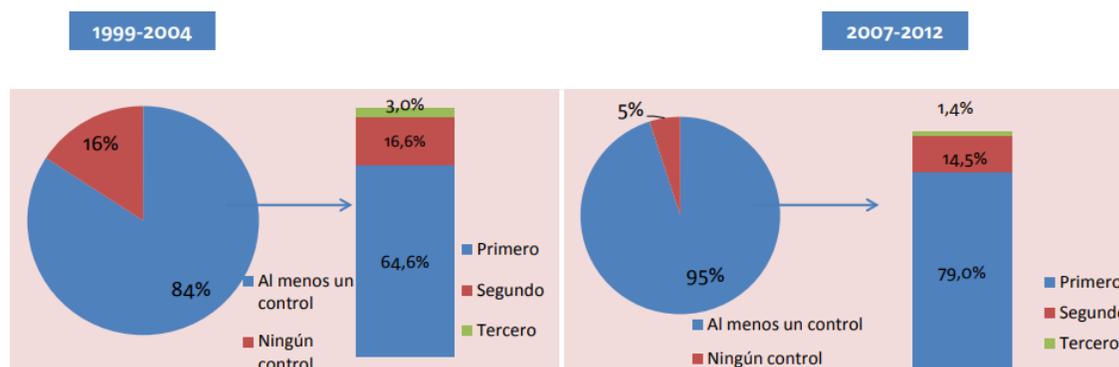


Gráfico 1: Control prenatal durante el embarazo y trimestre acudido en el primer control

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (2012)

Uno de los elementos a destacar es que, según datos de 2017 tomados del INEC, las madres adolescentes fueron las que menos controles prenatales tuvieron en ese año. El promedio anual de controles prenatales para madres menores de 15 años fue de 5,29; mientras que, para madres entre 15 y 19 años fue de 5,99. Esta media es inferior al de las mujeres adultas, las que superaron los 6 controles anuales (Unfpa, 2020).

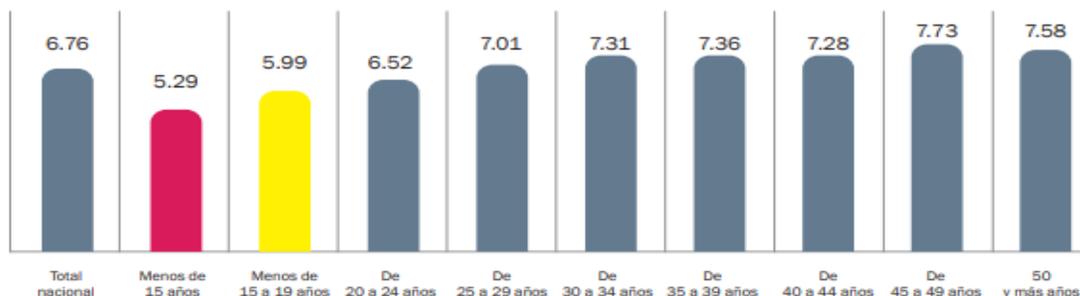


Gráfico 2: Promedio de controles prenatales de nacidos vivos por grupo de edad en el año 2017

Fuente: Unfpa (2020)

Los indicadores de salud materna son relevantes para las estadísticas sociales debido a que están relacionados con dos grupos estratégicos para la salud pública: las madres y sus hijos menores de cinco años. Así, datos del año 2018 arrojaron que, en Ecuador, el 83,3% de niños menores de 5 años recibieron 5 controles prenatales al menos, número que se incrementa en el área urbana (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2018).

En 2017, se registraron 211 defunciones de madres a causa de complicaciones durante el embarazo o el parto, implicando alrededor de 18 muertes cada mes (Unicef, 2017). La Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2007) estimó que aproximadamente el 75% de la mortalidad materna en Ecuador fue por causas calificadas como «directas».

En teoría, la atención prenatal podría reducir la morbilidad y la mortalidad materna mediante la detección y tratamiento de enfermedades intercurrentes o relacionadas con el embarazo o, indirectamente, mediante la detección de mujeres con mayor riesgo de complicaciones durante el parto para indicar que se realice en un centro equipado adecuadamente (Carroli, et al., 2001).

La prevención de enfermedades durante el embarazo mediante adecuadas acciones es un hecho, pero puede que no se alcancen los objetivos por tres motivos fundamentales: falta de toma de conciencia acerca del problema por el individuo, familia y comunidad en cuanto a la asistencia las consultas y apego a las indicaciones; demora en el traslado a los servicios especializados cuando se precisa y la indebida calidad de la prestación. Por lo que, la cobertura, gratuidad y calidad de las prestaciones del sistema nacional de salud relacionadas con los cuidados obstétricos esenciales o completos (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

En América Latina y el Caribe se muestran avances significativos en la reducción de la morbilidad y mortalidad maternas en los últimos años siendo reconocida en la mayor parte de los países como un grave problema de salud pública, por lo que han desarrollado e incorporando políticas, programas e intervenciones para abordar y reducir las muertes maternas y las incapacidades producidas de la morbilidad materna (Unfpa, 2017).

Primer control

La Organización Mundial de la Salud (2002) recomienda que el primer control prenatal se realice durante el primer trimestre, preferentemente antes de la semana 12 de embarazo. Según la Guía de práctica clínica sobre el control prenatal, esa primera revisión deberá durar más de 40 minutos; en esta, se busca confeccionar la historia clínica e identificar los riesgos obstétricos en la paciente.

Toda embarazada en su primer control prenatal debe recibir información acerca de (Ministerio de Salud Pública, 2015):

- Cambios fisiológicos del embarazo.
- Higiene personal.
- Actividad física durante el embarazo.
- Cambios en estilos de vida: suspender el tabaco, drogas ilícitas y el consumo de alcohol.
- Educación nutricional, educación prenatal y planificación familiar.
- Signos de alarma.
- Signos de alarma para preeclampsia, infección obstétrica, parto pretérmino, entre otras posibles complicaciones.

La meta principal es la identificación de los signos y síntomas de emergencia relacionados con el embarazo y cómo tratarlos (Organización Mundial de la Salud, 2002).

Se establece un plan para la atención del parto, además de las siguientes acciones sin importar la edad gestacional de la paciente.

ACCIONES PARA TOMAR EN LA CONSULTA PRENATAL
1. Apertura de la historia clínica prenatal base y carnet perinatal
2. Anamnesis y examen físico completo
3. Calcular la edad gestacional por la F.U.M e identificar la fecha probable de parto en caso de dudas sobre la misma corroborar con la primera ecografía realizada
4. Medir y registrar la presión arterial
5. Medir y registrar: frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y saturación de oxígeno

6. Medir y registrar peso y talla
7. Registrar y calcular el peso preconcepcional de la mujer, así como el IMC preconcepcional para el seguimiento de la ganancia de peso
8. Determinar los factores de riesgo: modificables y no modificables
9. Realizar exámenes complementarios de rutina: Biometría hemática, química sanguínea: glucosa, urea y creatinina, grupo sanguíneo y factor Rh, VIH y VDRL, Prueba de Chagas, Toxoplasmosis y hepatitis B, EMO + GRAM, Urocultivo, Ecografía, Toma de citología cérvico vaginal y Pruebas de función tiroidea
10. Suplementación con hierro y folatos
- Revisión complementaria con las siguientes especialidades: Odontología, Nutrición y Psicología
11. Llenado de tarjeta de seguimiento y tarjeta integral
12. Llenado de plan de parto
13. Inmunización: Vacuna DT 1° dosis y la subsecuente dentro de un mes
14. Asesoría en planificación familiar y lactancia materna
15. Tamizaje de violencia
16. Programación de controles subsecuentes y anotación en carnet y tarjeta de seguimiento

Gráfico 3: Acciones a tomar en el primer control prenatal tomado de la Guía de Práctica Clínica

Fuente: Ministerio de Salud Pública – Guía de práctica clínica sobre Control Prenatal

Según el Ministerio de Salud Pública en el Ecuador se debe realizar cada una de estas acciones de la siguiente manera (Organización Mundial de la Salud, 2015):

1. Anamnesis: enfatizando sobre:

- **Antecedentes personales:** patológicos o no, siendo relevantes: la presencia de enfermedad de base (diabetes mellitus, hipertensión arterial, VIH, enfermedades de transmisión sexual, entre otras), edad de la paciente, nivel educativo, recursos económicos, trabajo que hace, condiciones de la vivienda y sanitarias en general.
- **Antecedentes ginecoobstétricos:** entre los que resaltan: fecha de la última menstruación (FUM), edad gestacional, fecha probable de parto, edad de la menarquia, fórmula menstrual (número de días que suele durar el ciclo menstrual y existencia de posibles irregularidades), número de embarazos previos, de abortos,

de óbitos fetales, procedimientos obstétricos, resultados de Papanicolaou en los 2 últimos años y complicaciones perinatales en embarazos previos.

- **Antecedentes familiares:** aquellos de interés genético para la salud de la embarazada.
2. **Examen físico completo:** detallando los hallazgos de la exploración mamaria, abdominal y propiamente ginecológica.
 - **Exploración mamaria:** en búsqueda de cicatrices, cambios de coloración o úlceras en el área y descripción de la formación del pezón.
 - **Exploración abdominal:** a partir de la semana 28 de gestación, las maniobras de Leopold permiten identificar el fondo del útero, posición, situación y encajamiento del bebé. Después de las 12 semanas, se auscultan los latidos cardíacos fetales. Luego de las 20 semanas, se mide la altura uterina y de las 28 semanas en adelante, se estima clínicamente el peso fetal (Carvajal y Ralph, 2017).
 - **Exploración ginecológica:** comienza con la inspección de los genitales externos, monte de venus y perineo. También debemos explorar los labios mayores, menores y el introito vaginal en busca de posibles lesiones como úlceras, verrugas, cicatrices o tumoraciones. Los tactos vaginales se hacen según la necesidad y evolución del embarazo.
 3. **Registro del peso y talla:** nos permite conocer el estado nutricional de la madre, a través la verificación de la ganancia de peso total durante el embarazo.
 4. **Suplementación:** se debe considerar la suplementación con hierro y folatos a todas las embarazadas desde su primer control. El ácido fólico a pacientes con factores de riesgo para cromosomopatías, pues ayuda a prevenir defectos del tubo neural. La dosis recomendada es: 60 mg de hierro elemental + 0.4 mg de ácido fólico cada día durante todo el embarazo. Informar a la paciente sobre los efectos adversos más frecuentes como son: pigmentación negruzca de las heces y de los dientes, estreñimiento, diarrea, náuseas y vómitos (transitorios).

En caso de tener antes de las 12 semanas se debe considerar el riesgo de preeclampsia y de ser el caso, iniciar tratamiento profiláctico desde las 12 semanas que incluye: carbonato de calcio 500 mg vía oral cada 8 horas y ácido acetilsalicílico 100 mg vía oral cada día.

5. Inmunización: la única vacuna que se recomienda utilizar durante el embarazo es la del tétanos (antitoxina tetánica), aplicando la primera dosis antes de las 20 semanas y la segunda entre las semanas 27 y 29.

6. Exámenes de laboratorio

- **Hemoglobina y hematocrito:** permite valorar la presencia de anemia durante el embarazo, de ser necesario se indica suplementos dietéticos o tratamiento farmacológico.
- **Tipología sanguínea:** determinar el grupo sanguíneo y factor Rh.
- **VIH:** realizarse antes de la semana 20, en caso de ser positiva se debe implementar medidas que eviten la transmisión vertical.
- **VDRL:** se recomienda indicarlo en el primer control del embarazo y repetirlo si la paciente o pareja presenta conductas de riesgo.
- **Urocultivo:** permite detectar bacteriuria asintomática y reducir el riesgo de parto prematuro.
- **Glicemia:** se realiza una glicemia en ayunas y se interpretará de la siguiente manera:
Mayor a 126 mg/dL = diabetes preexistente; entre 92 a 126 mg/dL = Diabetes gestacional; menor de 92 mg/dL = se realizará una prueba de tolerancia oral a la glucosa de 75 g entre las semanas 24 y 28 de gestación.
- **Hepatitis B:** a todas las embarazadas se les debe realizar en su primera consulta prenatal la detección de Hepatitis B. La prevalencia de hepatitis B en la mujer embarazada es de 0.5 al 1%. El 21% de infección por virus de hepatitis B se asocia a transmisión vertical durante el nacimiento.
- **Prueba de Chagas:** se recomienda por riesgo de exposición ya que en nuestro país existe zonas endémicas.
- **Toxoplasmosis:** se recomienda por el riesgo de exposición y a la tasa de prevalencia del contexto.
- **Pruebas tiroideas:** sobre todo en pacientes que presenten historia o síntomas de enfermedad tiroidea.

Desde la primera consulta, se deberá enfatizar en proporcionar educación y promoción para la salud de la embarazada y su familia, tratando temas como: estilos de vida, prevención de accidentes, adherencia a tratamientos, identificar síntomas y signos de alarma (Ministerio de Salud Pública, 2015).

SIGNOS DE ALARMA DURANTE EL EMBARAZO
1. Sangrado vaginal
2. Salida de líquido amniótico
3. Cefaleas que no ceden con analgésicos
4. Dolor abdominal intenso de localización en epigastrio
5. Acufenos, zumbidos, fotofobia
6. Convulsiones
7. Disminución o ausencia en la percepción de los movimientos fetales
8. Fiebre
9. Parto demorado

Gráfico 4: Signos de alarma durante el embarazo

Fuente: Ministerio de Salud Pública – Información sobre muerte materna

Controles consecutivos

En los controles prenatales consecutivos, se recomienda considerar (Ministerio de Salud Pública, 2015):

- Registrar todos los datos en la historia clínica.
- Calcular la fecha probable de parto por F.U.M, en caso de duda sobre la edad gestacional corroborar con la primera ecografía realizada.
- Medir y registrar presión arterial.
- Medir y registrar el peso.
- Medir la talla (solo en la primera consulta).
- Redefinir el riesgo con la paciente y tomar decisiones de la conducta a seguir de forma conjunta.
- Revisar, discutir y registrar los resultados de todos los exámenes y elaborar un plan de cuidados.

- Dar recomendaciones respecto a estilos de vida saludables, ejercicio, reposo, nutrición, sexualidad, recreación y planificación familiar.
- Dar información verbal y escrita sobre el estado de embarazo y las acciones a seguir, discutir problemas y responder preguntas.

FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO

Un factor de riesgo obstétrico es una característica o circunstancia identificable que se asocia con la predisposición y el peligro de tener, desarrollar o ser proclive a presentar una entidad nosológica (Amaya-Guío, et al., 2013).

El embarazo de riesgo es aquel en el que se detectan uno o más factores que podrían causar un daño o complicación durante la gestación (Sánchez, 2019). Se han desarrollado diversas estrategias para ayudar al equipo de salud a valorar los factores de riesgo, orientando al médico sobre la decisión acerca de la remisión a niveles de atención de mayor complejidad (Secretaría Distrital de Salud, s.f.).

Determinar riesgo durante el embarazo		Evaluar	Clasificar	
<p>Preguntar</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué edad tiene? • ¿Cuándo fue su última menstruación? • ¿Ha tenido algún control prenatal? ¿Cuántas veces? • ¿Cuándo fue su último parto? • ¿Los partos han sido naturales o por cesárea? • ¿Cuántos embarazos ha tenido? • ¿Ha tenido hijos prematuros, de bajo peso al nacer (< 2500 g) o macrosómicos (>4000 g)? • ¿Ha tenido hijos con malformación? • ¿Se ha muerto algún hijo o hija antes de nacer o durante la primera semana de vida? • ¿Ha tenido dolores de parto? • ¿Percibe movimientos fetales? • ¿Tiene o ha tenido fiebre? • ¿Padece de alguna enfermedad? ¿Cuál? • ¿Le han dado algún medicamento? ¿Cuál? • ¿Ha tenido hemorragia vaginal? • ¿Le ha salido líquido por la vagina? ¿De qué color? • ¿Ha tenido flujo vaginal? • ¿Ha tenido dolor de cabeza intenso? • ¿Ha tenido visión borrosa? • ¿Ha tenido convulsiones? • ¿Ha perdido la conciencia? • ¿Fuma, bebe o consume drogas? <p>Si existe posibilidad determinar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hb, Hto, VDRL/RPR, VIH, Hepatitis B • Grupo sanguíneo, prueba de coombs • Glucosa en sangre • Examen de orina <p>Si no existe posibilidad refiera para exámenes</p>	<p>Determinar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha probable de parto • Edad gestacional • Peso • Presión arterial • Temperatura • Altura uterina • Frecuencia cardíaca fetal • Presentación • Presencia de contracciones <p>En este caso clasificar según cuadro en página 42</p> <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo múltiple • Si tuvo cesárea anterior • Si tiene palidez palmar o conjuntival intensa • Si tiene hinchazón en cara, manos y/o piernas • Si tiene o ha tenido hemorragia vaginal • Signos de enfermedad sistémica y/o de transmisión sexual (ITS) 	<p style="text-align: center;">Clasificar</p>	<div style="background-color: #f8d7da; padding: 5px;"> <p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo mayor de 41 semanas 6 días • Disminución o ausencia de movimientos fetales • Enfermedad sistémica no controlada (Diabetes, HTA, cardiopatía, hipertiroidismo) • Infección urinaria con fiebre • Hemorragia vaginal • Ruptura Prematura de Membranas (RPM) • Presencia de convulsiones, visión borrosa, pérdida de conciencia o cefalea intensa • Cambios en la frecuencia cardíaca fetal (FCF) (<110 ó > 160 x min.) • Hb < 7 mg/dL y/o palidez palmar y conjuntival intensa • Hinchazón en cara, manos y/o piernas </div> <div style="background-color: #fff3cd; padding: 5px;"> <p>Uno de los siguientes signos*:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menor de 16 años o mayor de 35 años • Período entre embarazos < 2 años • Altura uterina no correlaciona con edad gestacional • Hb entre 7 y 10 mg/dL o palidez palmar o conjuntival • VDRL/RPR, VIH o Hepatitis B positivo • Madre Rh negativa • Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción • Problemas odontológicos o de salud bucal (enfermedad periodontal) • Antecedente de hijos prematuros, bajo peso, macrosómicos y/o malformados • Antecedente de abortos habituales, muerte fetal o neonatal temprana • Enfermedad sistémica controlada (Diabetes, HTA, cardiopatía, hipertiroidismo) • Ingesta de medicamentos teratogénicos • Ganancia inadecuada de peso • Primigesta o gran multipara • Infección urinaria sin fiebre • Presentación anormal • Sin control prenatal • Enfermedad mental • Embarazo múltiple • Cirugía uterina previa incluyendo cesárea • IMC <18.5 o >30 • Flujo vaginal anormal • Violencia intratamiliar/sexual </div> <div style="background-color: #d4edda; padding: 5px;"> <p>Embarazo que no cumple con las clasificaciones anteriores</p> </div>	<div style="background-color: #f8d7da; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">Embarazo Con riesgo inminente o muy alto</p> </div> <div style="background-color: #fff3cd; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">Embarazo de alto riesgo</p> </div> <div style="background-color: #d4edda; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">Embarazo de bajo riesgo</p> </div>

Gráfico 5: Clasificación del riesgo obstétrico dependiendo de variables a considerar

Fuente: Atención integrada a enfermedades prevalentes de la Infancia

La guía de Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (*AIEPI*) presenta un cuadro que permite determinar el riesgo durante el embarazo, ofreciendo una clasificación en los niveles: bajo, riesgo alto o riesgo muy alto (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Embarazos de bajo riesgo o sin riesgo

Sin criterios de riesgo, pudiendo recibir atención en unidades del nivel primario (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Las consultas de seguimiento deben ser mensuales hasta la semana 32; después cada 15 días hasta la semana 36, y quincenal o semanal hasta el parto. Los últimos dos controles prenatales deben ser efectuados por médico, con frecuencia semanal o quincenal, para orientar a la gestante y a su familia sobre el sitio de atención del parto y del recién nacido (Secretaría Distrital de Salud, s.f.).

Embarazos de alto riesgo

Se tiene la certeza o existe mayor probabilidad de desarrollar estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, por lo que deberá recibir atención en un nivel de atención de mayor complejidad (Ministerio de Salud Pública, 2015). El intervalo con que se realice el control se establecerá de acuerdo con la patología y a criterio del especialista (Secretaría Distrital de Salud, s.f.).

PREVENCIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO

Para garantizar una mejor calidad de vida de la gestante, resulta importante la programación preventiva de patologías que amenazan la salud materno-infantil, en los niveles de atención primario y secundario, de manera que se identifiquen precozmente situaciones de salud en la mujer, facilitando el tratamiento correspondiente para evitar la pérdida del producto de la concepción, que también ayuda a prevenir secuelas tanto físicas y psicológicas en el futuro de estas pacientes. (Martínez-Royert y Pereira-Peñate, 2015).

Identificar los antecedentes personales y gineco obstétricos de las pacientes donde nos permitan evidenciar edad, presencia de enfermedades de base, antecedentes de abortos, antecedentes de hijos prematuros, antecedentes de óbitos fetales, planificación familiar,

tiempo del último embarazo, tipo de parto y si el número de embarazos puesto que son considerados como predictores de embarazos riesgosos (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Se deberá proporcionar educación y promoción sobre la salud para la embarazada y su entorno haciendo énfasis en el estilo de vida, cuidados prenatales y signos de alarma que pongan al tanto en caso de presentar un evento anómalo dentro del curso normal del embarazo (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Los servicios de atención prenatal deben contar con personal calificado en las comunidades pobres y/o rurales, pues en estas se registran las tasas más altas de morbi-mortalidad materna. Además de establecer programas formativos para las parteras o parteros en las zonas donde se utiliza esa práctica (Unfpa , 2017).

Haciendo énfasis en las embarazadas con alto riesgo obstétrico, se debe proporcionar una atención prenatal de calidad a toda la población gestante. (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

CLASIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Esta tuvo un enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, descriptiva y de corte transversal.

Población

La totalidad de esta participó en el estudio y estuvo constituida por 65 gestantes de la Comunidad San Juan perteneciente a la Provincia de Chimborazo, cuya captación se realizó en el transcurso del año 2020, los controles prenatales fueron realizados en el Centro de Salud Tipo I San Juan y los datos derivados de ese proceso se encontraban completos en el formulario 051.

VARIABLES

VARIABLE	CLASIFICACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA
Etnia			
Edad	Cuantitativa Discreta	Es el tiempo transcurrido de un individuo desde su nacimiento, hasta la captación del embarazo.	< 20 20-35 > 35
Estado civil	Cualitativa Nominal	Según documento de identidad.	Casada Soltera Unión libre
Nivel de escolaridad	Cualitativa Ordinal	Atendiendo al grado escolar concluido	Primaria Secundaria Colegio Superior
Lugar de residencia	Cualitativa Nominal	Según distribución territorial catastral.	Urbano Rural
Trimestre de captación	Cualitativa Ordinal	Atendiendo a la edad gestacional.	Primero Segundo Tercero
Complicaciones durante el embarazo	Cualitativa Nominal	Entidades patológicas con la potencialidad de afectar a la madre y al feto.	Si (cuál/es) No
Control obstétrico	Cualitativa Nominal	Según número de controles prenatales asistidos.	Suficiente (<5) Insuficiente (> 4)
Consumo de sustancias psicotrópicas	Cualitativa Nominal	Está relacionado con el consumo de sustancias que causan vicio y que podrían afectar el embarazo.	Si (cuál/es) No
Riesgos laborales	Cualitativa Nominal	Según potenciales peligros para el embarazo que existen en el ambiente trabajo.	Si (cuál/es) No

Violencia intrafamiliar	Cualitativa Nominal	Presencia de actos de naturaleza física o psicológica que podrían vulnerar la integridad de la gestante y el feto.	Si No
Índice de masa corporal (IMC)	Cualitativa Ordinal	Según peso y talla de la embarazada para determinar que su ganancia de peso corporal es la esperada.	Bajo: < 18,5 Normal: 18,5-30 Alto: > 30
Paridad	Cualitativa Ordinal	Número de partos que ha tenido la embarazada	Primigesta (primera gesta) Primípara (1 parto) Multípara (1-3 partos) Gran multípara (> 3 partos)
Talla	Cuantitativa Continua	Considerando la estatura de posible riesgo para el parto.	< 145 cm > 144 cm
Período intergenésico	Cuantitativa Discreta	Tiempo transcurrido en años desde el último embarazo.	No aplica < 2 años ≥ 2 años
Antecedentes obstétricos	Cualitativa Nominal	Patologías o complicaciones en embarazos anteriores.	Si (cuál/es) No
Antecedentes patológicos personales	Cualitativa Nominal	Enfermedades que padeció la gestante y que pueden influir en el embarazo.	Si (cuál/es) No
Antecedentes patológicos familiares	Cualitativa Nominal	Presencia de patologías de transmisión genética en parientes consanguíneos de la embarazada.	Si (cuál/es) No
Nivel de riesgo obstétrico	Cualitativa Ordinal	Según el peligro para el embarazo y la vulnerabilidad de la gestante.	Bajo Alto Muy alto

Tabla 2: Operacionalización de las variables

Autora: Hernández María José

Métodos, técnicas e instrumentos

Durante el proceso investigativo, se emplearon diversos métodos del nivel teórico: lógico-práctico, lógico abstracto, inductivo deductivo y analítico sintético. Los datos fueron recolectados mediante la revisión de documentos (historias clínicas de las embarazadas participantes), a través de una guía confeccionada al efecto.

Procesamiento de los datos

Estos fueron organizados en una base de datos de Microsoft Excel luego de ser recolectados. Su procesamiento se hizo mediante pruebas estadísticas descriptivas para obtener las

regularidades que se manifiestan en el fenómeno estudiado, empleando análisis de frecuencias (absolutas y porcentos), además de medidas de tendencia central, valores extremos y desviación estándar para las variables cuantitativas. La información resultante se resumió y presentó en tablas y gráficos.

Requerimientos éticos

La investigación contó con la aprobación de la comisión de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Chimborazo. Las autoridades de institución de salud involucrada emitieron el permiso correspondiente para acceder a los datos (anexo 1). Las investigadoras respetaron el anonimato de las pacientes cuyas historias clínicas aportaron los datos. Los resultados tuvieron un uso con fines académicos y científicos únicamente.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El análisis de los resultados obtenidos acerca de los controles obstétricos y el nivel de riesgo en las embarazadas incluidas en el estudio. En relación con lo anterior, Freyermuth Enciso, et al. (2015) plantea que el cuidado integral de la gestante debe constituir una política de estado, implementada mediante programas y normativas en todas las estructuras de los sistemas nacionales, de manera que alcance una cobertura total.

ETNIA	No.	%
Indígena	49	75,38
Mestiza	16	24,62
Total	65	100,00

Tabla 3: Distribución de la población según etnia

Autora: Hernández María José

Entre las gestantes de la Comunidad San Juan incluidas en el estudio predominaron aquellas de etnia indígena (75,38%) (tabla 1). Berrio Palomo (2017) expresa que un cuidado prenatal eficiente debe considerar los elementos de la antropología médica. La planificación de acciones salubristas debe diseñarse desde principios comunitarios e interculturales.

SECTOR	No.	%
Urbano	11	16,92
Rural	54	83,08
Total	65	100,00

Tabla 4: Distribución de las embarazadas captadas atendiendo al sector donde viven

Autora: Hernández María José

En la historia clínica de la mayoría de las grávidas de la población (83,08%) se reflejaba que vivían en zonas rurales (tabla 2). Remorini, et al. (2018) plantean que estas áreas resultan susceptibles a los desencuentros entre las tradiciones culturales y la medicina occidental. Además, son especialmente vulnerables a la adecuada accesibilidad a los servicios de salud en los países en vías de desarrollo.

ESTADO CIVIL	No.	%
Casada	27	41,54
Unión libre	18	27,69
Solteras	20	30,77
Total	65	100,00

Tabla 5: Distribución de las participantes según estado civil

Autora: Hernández María José

Entre las embarazadas estudiadas, solo 20 (30,77%) había declarado a su médico que eran solteras al momento del control, el esto contaba con pareja formal conviviente (tabla 3). En un estudio relacionado con el cuidado obstétrico con una comunidad indígena mexicana, que fue desarrollado por Rangel Flores y Martínez Ledezma (2017) se reportó un resultado similar con respecto a esta variable.

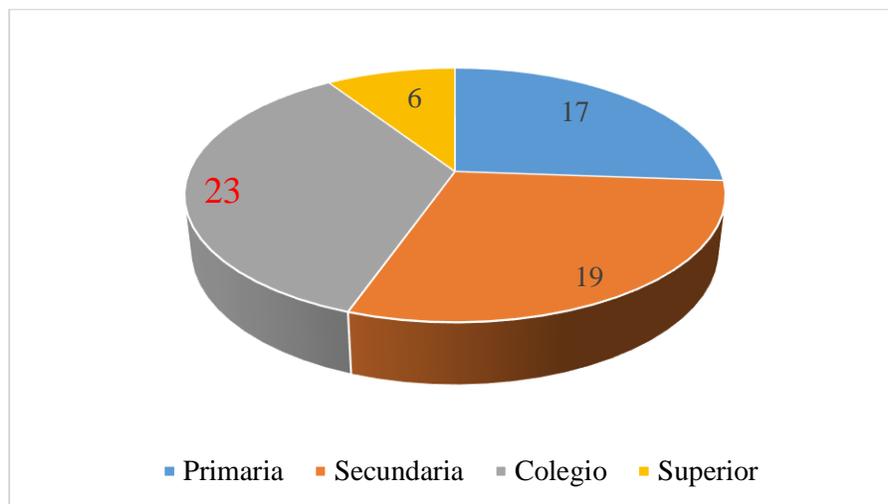


Gráfico 6: Distribución del nivel de escolaridad

Autora: Hernández María José

Entre las gestantes participantes en el estudio no se observó la ausencia de escolaridad, preponderando aquellas que había vencido el nivel de colegio (35,39%); aunque, únicamente 6 tenía nivel superior concluido (gráfico 1). Sin embargo, en un contexto mexicanos, De Jesús García (2018) informó un predominio de las que tenían una escolaridad del nivel secundario, para un 50%.

EDAD	No.	%
< 20	18	27,69
20-35	39	60,00
> 35	8	12,31
Total	65	100,00

Tabla 6: Distribución de la población según la edad

Autora: Hernández María José

La mayoría de las historias clínicas reflejó que estar en el grupo de edades de menor riesgo (20-35 años), para un 60% (tabla 4). Entre las menores de edad se apreció que solo una estaba en la adolescencia temprana y otra en la media. Con valores máximo de 48, mínimo de 13 una media de 26 y una mediana de 25.

En un estudio sobre psicoprofilaxis obstétrica de emergencia desarrollado en un entorno peruano, las edades de las embarazadas participantes oscilaron entre 15 y 45 años, siendo mayoritaria la incidencia de los grupos de edades entre 20 y 40 años (72%). Esta variable destaca entre los posibles factores de riesgo que los facultativos deben considerar durante los controles prenatales (Basilio-Rojas, 2020)

TALLA	No.	%
< 145 cm	15	23,08
> 144 cm	50	76,92
Total	65	100,00

Tabla 7: Distribución de las participantes según la talla

Autora: Hernández María José

Se observó un predominio de las futuras madres que tenían una estatura que implicaba menor riesgo para el parto (> 144 cm), representando el 76,92% (tabla 5). Munares-García y Gómez-Guizado (2018) resaltan que la baja talla incrementa la probabilidad de la conclusión del parto mediante cesárea.

IMC	No.	%
Normal	55	84,62
Alto	10	15,38
Total	65	100,00

Tabla 8: Frecuencias del índice de masa corporal

Autora: Hernández María José

Aunque, solo la una minoría indicó un índice de masa corporal alto (15,38%), sin que ninguno estuviera por debajo de lo normal, se apreció que el peso excesivo influyó en el nivel de riesgo (tabla 6). Sánchez-Carrillo, et al. (2017) realizó un estudio acerca de esta variable, encontrando valores similares. Ese autor menciona que todavía es desconocido gran parte del mecanismo de la obesidad por el que causa daños en el embarazo, pero se ha establecido su relación directa con el incremento de la morbilidad perinatal (Fernández-Alba, 2016).

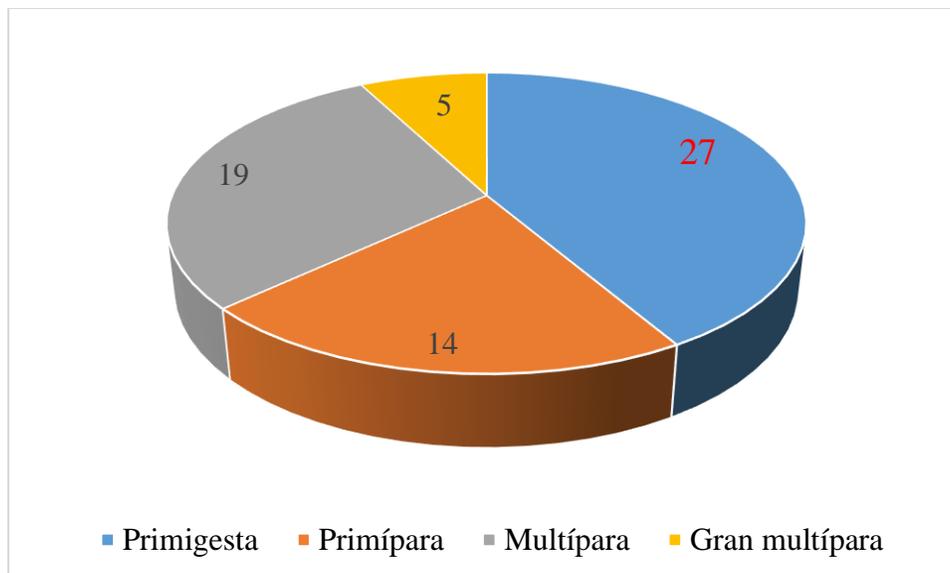


Gráfico 7: Distribución de la población según paridad

Autora: Hernández María José

La mayoría de las gestantes que integraron la población fueron primigestas (41,54%), dato que implica una mayor necesidad de seguimiento y control del embarazo (gráfico 2). En un proceso investigativo desarrollado por Maidana de Zarza (2019) predominaron aquellas que cursaban su segunda gesta (47,2%), lo que no coincide con lo observado en el presente estudio.

PERÍODO INTERGENÉSICO	No.	%
< 2 años	2	5,26
≥ 2 años	36	94,74
Total	38	100,00

Tabla 9: Distribución de las embarazadas atendiendo al período intergenésico

Autora: Hernández María José

Entre las embarazadas con partos anteriores, únicamente 2 (5,26%) tenía un período intergenésico de riesgo (tabla 7). Puentes Colombé (2019), en su estudio sobre riesgo preconcepcional, reportó que el 83% de las participantes tuvieron este factor predisponente para generar complicaciones en el binomio madre-hijo.

COMPLICACIONES	No.	%
SI	13	20,00
NO	52	80,00
Total	65	100,00

Tabla 10: *Presencia de complicaciones obstétricas durante el embarazo en curso*

Autora: Hernández María José

Entre las participantes preponderaron aquellas que no presentaron complicaciones obstétricas durante el embarazo en curso (80%) (tabla 8). Así, 8 pacientes tuvieron infección de vías urinarias (IVU), en una se detectó disminución de los movimientos fetales, una con diabetes gestacional, una con endocrinopatía de base (hipotiroidismo), una se diagnosticó ecográficamente con placenta anterior y otra con clave amarilla por desarrollar IVU con fiebre de 38.5 °C. Díaz, et al. (2015) también observaron que la mayoría no tuvo complicaciones durante el embarazo, aunque reconocen que los trastornos hipertensivos resultaron uno de los más incidentes.

CONTROLES OBSTÉTRICOS	No.	%
Suficientes	50	76,92
Insuficientes	15	23,08
Total	65	100,00

Tabla 11: *Suficiencia del control obstétrico atendiendo al número de estos*

Autora: Hernández María José

Al analizar el número de controles reflejados en las historias clínicas, se apreció que el 76,92% tenía una cantidad similar o superior a 5 como indican las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud al respecto (tabla 9). Basilio-Rojas (2020) reportó que, entre las gestantes incluidas en su estudio, el 66,8 % se hizo 6 o más controles prenatales, destacando que las guías establecidas para el territorio peruano establecen esa cantidad como la recomendable.

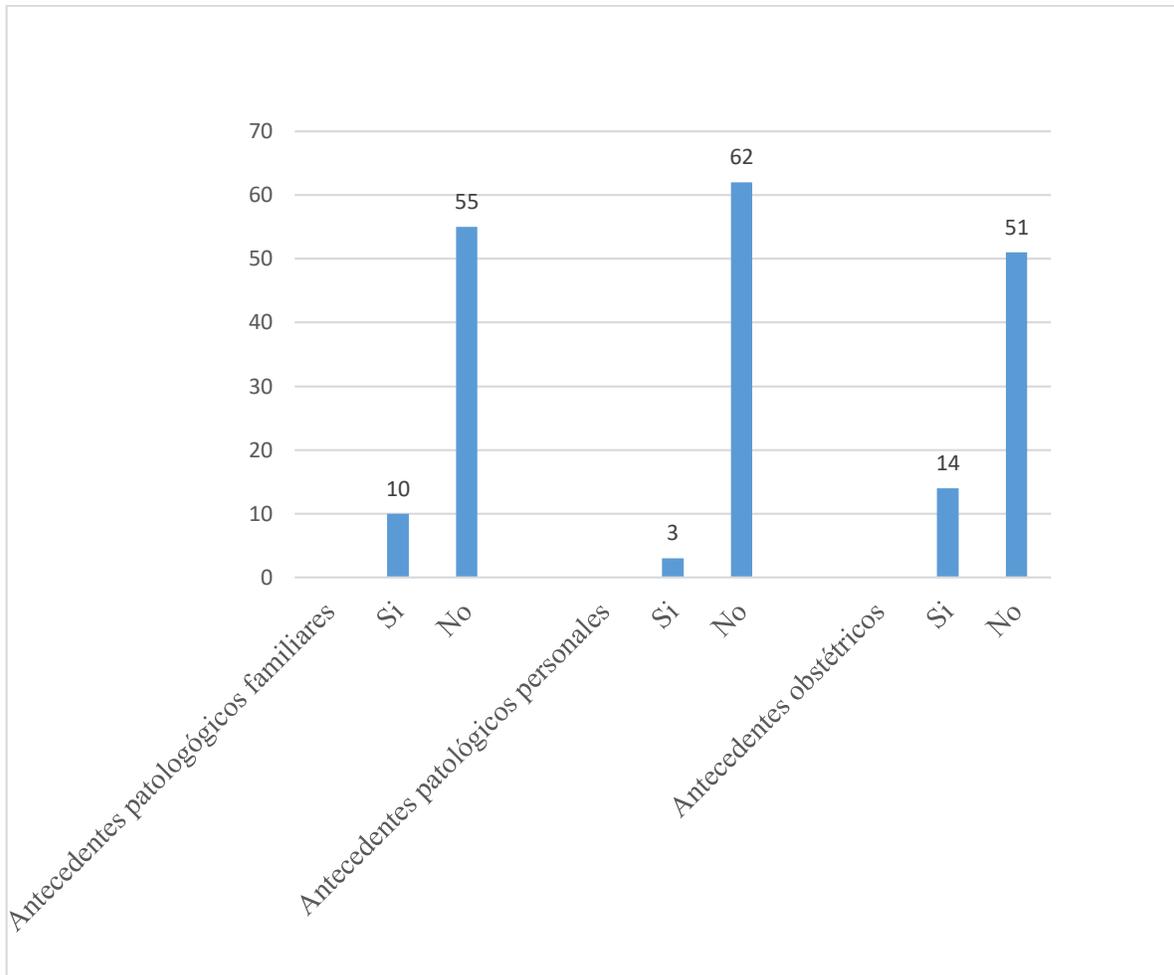


Gráfico 8: Distribución de la población según antecedentes patológicos personales, familiares y obstétricos

Autora: Hernández María José

Los datos referidos a los antecedentes de interés en las embarazadas posibilitaron identificar que la mayoría no presentaban, con porcentos que oscilaron entre 4,62 y 21,54 (gráfico 3).

Entre las que sí reportaron, se encontraron:

- Personales: dos que habían sido sometidas a procedimientos quirúrgicos de apendicetomía y una con endocrinoterapia.
- Obstétricos: 7 con historial de aborto, otras 7 que tuvieron parto distócico por cesárea y los tres restantes reportaban trastorno hipertensivo durante el embarazo (preeclampsia).
- Familiares: de hipertensión arterial y diabetes mellitus fundamentalmente.

Luego de subrayar que los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen una de las principales complicaciones a nivel mundial, Balestena-Sánchez et al. (2014) declara que esta

patología, hemorragias e infecciones resultan la triada que genera mayor amenaza de letalidad para la gestante. El estudio de los antecedentes patológicos permite la exploración médica oportuna y la toma de medidas más acertadas para conservar la salud de la futura madre y el feto.

La totalidad de las historias clínicas reflejaba que no refirió ser víctima de violencia doméstica, ni consumir sustancias psicotrópicas (drogas, tabaco alcohol) y solo dos reportaron algún riesgo de naturaleza laboral: una por exceso de horario de trabajo por ser comerciante que requería estar más de 6 horas de pie durante su jornada, mientras que la otra era agricultora que trabajaba con sustancias tóxicas al fumigar y abonar sus sembrados. Al respecto, Berrouet-Mejía et al. (2018) señalan que los factores que producen este tipo de factores son multidimensionales, pero su potencialidad de afección de la gestación y el feto es muy alta.

NIVEL DE RIESGO	No.	%
Bajo	54	83,08
Alto	9	13,84
Muy alto	2	3,08
Total	65	100,00

Tabla 12: Nivel de riesgo obstétrico en la población estudiada

Autora: Hernández María José

Al analizar los parámetros sociodemográficos y clínicos correspondientes en las gestantes incluidas en el estudio, la investigadora estableció que existía un predominio de aquellas con *bajo* nivel de riesgo obstétrico (83,08%), existiendo únicamente dos de ellas con una valoración que las enmarcó en la categoría de *muy alto* (tabla 10).

La calidad y frecuencia de los controles prenatales posibilitan evaluar adecuadamente el estado de salud madre-hijo y la toma de medidas oportunas. Barragán Hernández et al. (2019) realizaron un estudio en un centro de salud de primer nivel de atención, obteniendo resultados similares a los del presente estudio.

CONCLUSIONES

Los resultados relacionados con variables sociodemográficas permitieron apreciar un predominio de las siguientes características en las gestantes estudiadas: etnia indígena, residencia en áreas rurales, estado civil de casadas, secundaria básica concluida y edades comprendidas entre 20 y 35 años.

La mayoría de las historias clínicas de las participantes reflejaba una talla de menor riesgo (mayor de 144 cm) y del índice de masa corporal catalogado como normal.

Las primigestas preponderaron entre la población investigada y, entre el resto de las grávidas, lo hizo el período intergenésico mayor de dos años. Además, predominaron aquellas que no manifestaron complicaciones durante la gestación, las que no declararon antecedentes personales, obstétricos o familiares de interés y las futuras madres que se realizaron más de cuatro controles prenatales.

El análisis integral de las variables estudiadas posibilitó establecer que el riesgo obstétrico fue valorado como bajo en la mayor parte de las embarazadas.

RECOMENDACIONES

Comunicar los resultados obtenidos a las instancias pertinentes del Ministerio de Salud Pública, para la toma de decisión con respecto a la aplicación de acciones encaminadas a mejorar la situación descrita. Además de constituir un diagnóstico que favorecerá la aplicación de planes y programas salubristas de nivel nacional y/o local.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilera, P. S., y Soothill, M. P. (2014). Control prenatal. *Revista médica clínica las condes*, 25(6), 880-886. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70634-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70634-0).
2. Amaya-Guío, J., Díaz-Cruz, L. A., Cardona-Ospina, A., Rodríguez-Merchán, D. M., Osorio-Sánchez, D., y Barrera-Barinas, A. (2013). Guía de Práctica Clínica para la prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 64(3), 245-288.
3. Balestena-Sánchez, J. M., Barrios-Eriza, M. M., y Balestena-Justiniani, A. (2014). Influencia de la hipertensión originada por el embarazo en el parto y el recién nacido. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 18(1), 24-32.
4. Barragán-Hernández, O., Cruz-Quintero, J. A., Maldonado-López, L. A., Favela-Ocaño, A., y Peralta-Peña, S. L. (2019). Nivel de riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden a un centro de primer nivel de atención. *SANUS*, (3), 6–13. <https://doi.org/10.36789/sanus.vi3.70>.
5. Basilio-Rojas, M. R. (2020). Atención prenatal y psicoprofilaxis obstétrica en gestantes del primer nivel de un distrito del Callao. *Peruvian Journal of Health Care and Global Health*, 4(1), 11–15.
6. Berrio-Palomo, L. R. (2017). Redes familiares y el lugar de los varones en el cuidado de la salud materna entre mujeres indígenas mexicanas. *Salud Colectiva*, 13(3), 471-487. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1137>.
7. Berrouet-Mejía, M. C., Colonia-Toro, A., Espitia, J. A., Aristizábal-Aristizábal, A., Echavarría, M. P., Trujillo, J. M., y Echavarría, A. (2018). Factores asociados al consumo de sustancias de abuso en pacientes embarazadas. *Revista De La Facultad De Ciencias De La Salud Universidad Del Cauca*, 20(2), 22-28.
8. Carroli , G., Rooney, C., y Villar, J. (2001). How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. *Paediatric Perinatal Epidemiology*. 15(1), 1-42. <https://doi.org/10.1046/j.1365-3016.2001.0150s1001.x>.
9. Carvajal , J., & Ralph, C. (2017). *Manual de Obstetricia y Ginecología. VIII Edición*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad católica de Chile.

10. Castillo-Ávila, I. Y., Fortich-Acuña, L. M., Padilla-Yáñez, J., Monroy-Gascón, M. A., Morales-Pérez, Y., y Ahumada-Tejera, A. M. (2017). Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia. *Revista Cubana de Enfermería*, 33(1), 62-71.
11. De Jesús-García, A., Jimenez-Baez, M. V., González-Ortiz, D. G., et al. (2018). Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia-eclampsia. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano de Seguridad Social*, 26(4), 256-262.
12. Díaz, L. M., Chávez, B. M. (2015). Complicaciones maternas en adolescentes y adultas afiliadas al régimen subsidiado, 2012. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(2), 206-217. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n2a08>.
13. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. (2013). *Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal*. Buenos Aires: Ministerio de Salud Pública de Argentina.
14. Fernández-Alba, J. J., Paublete-Herrera, M. C., González-Macías, M. C., Carral-San Laureano, F., Carnicer-Fuentes, C., Vilar-Sánchez, Á., et al. (2016). Sobrepeso y obesidad maternos como factores de riesgo independientes para que el parto finalice en cesárea. *Nutrición Hospitalaria*, 33(6), 1324-1329. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.778>.
15. Freyermuth-Enciso, G., Meneses-Navarro, S., y Romero-Martínez, M. (2015). Evaluación de los programas de atención a la salud de las mujeres en las principales instituciones del sistema de salud de México. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(1), 71-81. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00034014>.
16. García-Balaguera, C. (2017). Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(2), 305-310. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.59704>.
17. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2012). *Demografía, salud materna e infantil y salud sexual y reproductiva*. Quito: INEC.
18. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut)*. Quito: INEC.

19. Maidana de Zarza, A., Goiriz, N., Troche, G., Insfrán, J., y Martínez, D. (2019). Implementación de Club de Madres en Unidades de Salud de la Familia Carapeguá. IX Región Sanitaria Paraguari. 2016- 2018. *Revista de la Sociedad Científica del Paraguay*, 24(2), 305-320. <https://dx.doi.org/10.32480/rscp.2019-24-2.305-320>.
20. Martínez-Royert, J., y Pereira-Peñate, M. (2016). Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia), 2015. *Revista Salud Uninorte*, 32(3), 452-460.
21. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2006). *Normas para la Atención Materna e Infantil. En: Vigilancia Epidemiológica e Investigación*. Quito: MSP.
22. Ministerio de Salud Pública. (2015). *Control prenatal. En: Guía de práctica clínica*. Quito: MSP.
23. Ministerio de Salud Pública. (2017). *Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)*. Quito: MSP.
24. Ministerio de Salud Pública. (2018). *Gaceta de muerte materna*. Quito: MSP.
25. Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
26. Moya-Plata, D., Guiza-Salazar, I. J., y Mora-Merchán, M. A. (2010). Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil. *Revista Cuidarte*, 1(1), 44-52. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v1i1.73>.
27. Munares-García, O. y Gómez-Guizado, G. (2018). Anemia en gestantes con y sin talla baja. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(1), 14-26.
28. Organización Mundial de la Salud. (2002). *Nuevo modelo de control prenatal de la OMS*. Washinton: OMS.
29. Organización Mundial de la Salud. (2017). *La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado*. Washinton: OMS.
30. Organización Panamericana de la Salud. (2007). *La equidad en la mira: La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. Quito: OPS/OMS.

31. Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Modelo de Atención Integral de Salud*. Washinton: OPS.
32. Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Recomendaciones para el tratamiento de embarazo y parto durante emergencias*. Washinton: OPS.
33. Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*. Washinton: OPS.
34. Pérez-Yáñez, K. L., y Yuquilema-Valente, M. J. (2018). *Factores que inciden en la falta del control prenatal en gestantes* (Tesis de grado). Milagro: Universidad Estatal de Milagro.
35. Puentes-Colombé, M., Magalhaes-Puentes, H. A., Suco-Cáceres, K., Concepción-Ruiz, A. M., y Hernández Peraza, E. (2019). Comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres fértiles de San Juan y Martínez. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 23(6), 942-948.
36. Quintero-Paredes, P. (2016). Caracterización de los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en el Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga". *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 42(3).
37. Rangel-Flores, Y. Y., y Martínez-Ledezma, A. G. (2017). Ausencia de percepción de violencia obstétrica en mujeres indígenas del centro norte de México. *Revista CONAMED*, 22(4): 166-169.
38. Remorini, C., Palermo, M. L., y Schvartzman, L. (2018). Espiritualidad y salud: problemas de salud durante el embarazo y el puerperio y sus consecuencias en las trayectorias de mujeres y niños (Salta, Argentina). *Salud Colectiva*, 14(2), 193-210. <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1506>.
39. Retureta-Milán, S., Casas-Rodríguez, L., Posada-Fernández, P., Retureta-Milán, M., Roque-Morgado, M., y Ramírez-Leiva, E. (2019). Escala de riesgo obstétrico de parto prematuro para gestantes en el primer nivel de atención a la salud. *MediCiego*, 26(2).
40. Sánchez-Carrillo, V., Ávila-Vergara, M. A., Peraza-Garay, F., Vadillo-Ortega, F., Palacios-González, B., y García-Benavente, D. (2017). Complicaciones perinatales asociadas con la ganancia excesiva de peso durante el embarazo. *Ginecología y obstetricia de México*, 85(2), 64-70.

41. Sanchez-Gaitan, E. (2019). Factores para un embarazo de riesgo. *Revista Medica Sinergia*, 4(9). <https://doi.org/10.31434/rms.v4i9.319>.
42. Sandoval, J., Mondragón, F., y Ortíz, M. (2015). Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: Estudio caso-control. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 53(1), 28-34. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v53i597>.
43. Secretaría Distrital de Salud. (s.f.). *Guía de control prenatal y factores de riesgo*. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud.
44. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2007). *II Informe Nacional de los objetivos de desarrollo del milenio, Ecuador 2007: alianzas para el desarrollo*. Quito: FLACSO.
45. Unfpa. (2017). *Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe*. Costa Rica: GTR.
46. Unfpa. (2020). *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en el Ecuador*. Costa Rica: GTR.
47. Unicef. (2017). *Obtenido de Salud Materno infantil*. Quito: Unicef Ecuador.
48. Vasconcelos-Amorim, T., de Oliveira-Souza, Í. E., Vasconcelos-Moura, M. A., Azevedo-Queiroz, A. B., y Oliveira-Salimena, A. M. (2017). Perspectivas de los cuidados de enfermería en el embarazo de alto riesgo: revisión integradora. *Enfermería Global*, 16(46), 500-543. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.238861>.

ANEXOS

Anexo A: autorización dirigida al Centro de Salud de San Juan

RIOBAMBA, 15 DE ABRIL DEL 2021

Dr.

Mario Israel Braganza Guananga

DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD TIPO A "SAN JUAN"

Presente.-

De mis consideraciones

Yo, María José Hernández Alarcón con número de cedula 0604236653 en calidad de interna rotativa de Medicina de la Universidad Nacional de Chimborazo, me dirijo hacia usted de la manera más comedida. El motivo del presente es solicitar autorización para que se me permita ingresar al sistema del Ministerio de Salud Pública Rdacca al igual que las historias clínicas en físico y obtener así datos de pacientes que hayan estado en periodo de gestación durante el año 2020 puesto que al momento me encuentro realizando mi proyecto de tesis sobre el tema: "Control prenatal y prevención de riesgo obstétrico en mujeres de un área rural, Riobamba 2020" (comunidad de San Juan), para lo cual me permito solicitar los siguientes datos:

- Edad
- Etnia
- Antecedentes gineco-obstétricos
- Edad gestacional del primer control prenatal
- Número de controles prenatales subsecuentes
- Cumplimiento en cuanto a fecha de los controles prenatales subsecuentes
- Factores de riesgos durante el embarazo
- Número de pacientes con bajo, alto y muy alto riesgo durante el embarazo
- Abordaje sobre el factor de riesgo identificado
- Tratamiento no farmacológico recomendado en cada control prenatal

De antemano agradezco la atención prestada.

Atentamente



María José Hernández Alarcón

0604236653



DUZORIT 20

2021-04-15

