



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

## **TÍTULO**

**“FACTORES RELACIONADOS CON LA FALTA DE CONTROL PRENATAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA-LOJA, EN EL AÑO 2015.”**

Tesis previa a la  
obtención del Título de  
Médico General

## **AUTOR**

**Darwin Fernando Vásquez Jiménez**

## **DIRECTORA**

**Dra. Mg Ximena Patricia Carrión Ruilova**

**LOJA – ECUADOR**

**2015**

## CERTIFICACIÓN

Loja, Noviembre de 2015.

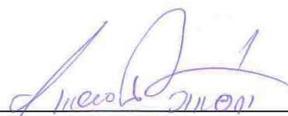
Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova Md. Obs.

**DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

### CERTIFICO:

En mi calidad de directora, que luego de haber revisado el presente trabajo de Tesis, previo a la obtención del título de Médico General, con el tema titulado: "FACTORES RELACIONADOS CON LA FALTA DE CONTROL PRENATAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA-LOJA EN EL AÑO 2015", de autoría del señor Darwin Fernando Vásquez Jiménez, puedo manifestar que el mismo ha sido desarrollado, corregido y orientado bajo mi dirección, cumpliendo con los requisitos académicos y reglamentarios exigidos por la Universidad Nacional de Loja para su aprobación. Por lo tanto autorizo su presentación, disertación y defensa.

Atentamente:



Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova Md. Obs.

**DIRECTORA DE TESIS**

## AUTORÍA

Los criterios emitidos en el trabajo de Investigación titulado “FACTORES RELACIONADOS CON LA FALTA DE CONTROL PRENATAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA-LOJA EN EL AÑO 2015” como también los contenidos, metodología, ideas, análisis, conclusiones y recomendaciones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado, por tanto se prohíbe la reproducción total o parcial de esta tesis sin permiso previo del titular.



---

Darwin Fernando Vásquez Jiménez

**AUTOR**

### CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Darwin Fernando Vásquez Jiménez, declaré ser el autor de la tesis titulada: "Factores relacionados con la falta de control prenatal en pacientes atendidas en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora-Loja en el año 2015." Como requisito para optar al título de Médico General, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido del trabajo en el RDI, redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad. La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o la copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los doce días del mes de Noviembre de 2015, firma el autor.

Firma:



Señor: Darwin Fernando Vásquez Jiménez

Cedula: 1104779978

Dirección: Loja, Lojana de Turismo, Av. Manuel Carrión Pinzano y B. Bailón

Teléfono: 3024553 – 0986364972

Dirección electrónica: ferv55@hotmail.com

Datos complementarios

Directora de Tesis: Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova

Tribunal de Grado: Dr. Colon Ortega Gutiérrez

Dr. Patricio Aguirre Aguirre

Dr. Carlos Orellana Ochoa

## **DEDICATORIA**

A Dios que es el creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando he estado a punto de caer, por ello con toda la humildad de mi corazón dedico primeramente mi trabajo a Dios.

De igual forma dedico esta tesis con todo cariño a mis padres que fueron los seres que me dieron la vida, cuyo ejemplo de dedicación y esfuerzo influyo positivamente en mi vida, ya que ellos son mi gran inspiración y ejemplo de perseverancia.

A mis hermanas, familia, amigos y todas esas personas que han estado a mi lado, brindándome su apoyo incondicional y por compartir conmigo buenos y malos momentos.

## **AGRADECIMIENTO**

Al finalizar esta etapa de mi vida quiero agradecer en primer lugar a Dios que con su infinito amor me guió mis pasos durante toda mi vida, sin su ayuda nunca lo habría logrado porque siempre está a mi lado ayudándome en los momentos más difíciles de mi carrera y de mi vida.

A mis padres que con su gran esfuerzo y ejemplo de vida me ayudaron desinteresadamente durante todos mis estudios, inculcándome buenos sentimientos, hábitos y valores lo cual me ayudó a salir adelante en los momentos más difíciles.

A mis hermanas y a toda mi familia que siempre me motivaron a seguir adelante, que con su apoyo me ayudaron a cumplir las metas propuestas.

A mis docentes y tutora de tesis que siempre me guiaron académicamente, formándome de la mejor manera como profesional y como persona.

A la Universidad Nacional de Loja que en sus aulas recibí buenas enseñanzas académicas que pondré en práctica durante toda mi vida profesional, además de regalarme gratos recuerdos y buenos amigos que jamás olvidare.

Al Hospital General Isidro Ayora de Loja que fue mi segunda casa durante todo el internado donde aprendí mis primeros pasos hacia la vida como profesional médico.

**a. TÍTULO**

**FACTORES RELACIONADOS CON LA FALTA DE CONTROL  
PRENATAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO  
DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA-LOJA,  
EN EL AÑO 2015.**

## **b. RESUMEN**

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja en el periodo de Mayo-Octubre 2015 con el fin de conocer los factores relacionados con la falta de control prenatal. El tipo de estudio fue retrospectivo, descriptivo de corte transversal. Se incluyeron 70 gestantes a término y puerperio inmediato que se realizaron menos de cinco controles prenatales. El análisis se realizó con tablas de frecuencia y porcentaje con su respectiva representación gráfica. En el presente estudio encontraremos una revisión de la literatura sobre el control prenatal y los factores que pueden influir en la inasistencia a dichos controles. Los principales *resultados* obtenidos demuestran que la mayoría de las gestantes, en un 27% son adolescentes entre 14-17 años, el 43% se encuentran en unión libre, un 41% solo han cursado estudios primarios, el 59% viven en zonas rurales, el 36% son primigestas, 26% segundigestas, el 83% no planificaron su embarazo, un 46% tienen de 0 a 2 controles, el 24 y 21% no acude a los controles por falta de interés y por ocultar el embarazo de la sociedad respectivamente. *Conclusión:* Los principales factores relacionados con la falta de control prenatal son: el lugar de residencia en áreas rurales, embarazos no deseados, embarazo a temprana edad, bajo nivel de instrucción, y como factor personal predomina la falta de interés.

**Palabras clave:** Atención prenatal. Embarazo sin control

## SUMMARY

This study implemented at the Isidro Ayora Hospital in the Loja city, period May-October 2015, looking know the factors related to the lack of prenatal care. The type of study was retrospective, descriptive, cross-cutting. We included 70 term pregnant women and immediate postpartum less than five prenatal visits were conducted. The analysis was performed with frequency tables and percentages with their respective graphical representation. In the present study we will find a review of the prenatal care literature and factors that can influence the absence of such controls. The main results show that most pregnant women are adolescents, they represent 27% aged between 14 and 17 years, 43% are cohabiting couples, 41% have only primary education, 59% live in rural areas, 36% were primiparous, segundigestas 26%, 83% unplanned pregnancies, 46% are from 0-2 controls, 24 and 21% do not go to the controls because of lack of interest and to hide the pregnancy from society respectively. Conclusion: The main factors related to the lack of prenatal control are: the place of residence (rural areas), unwanted pregnancy, early pregnancy, low education, and as personal factors prevails the lack of interest.

**Key words:** Prenatal control. Uncontrolled pregnancies

### **c. INTRODUCCION**

La atención prenatal permite disminuir las molestias y síntomas propias del embarazo, vigilar el crecimiento y vitalidad fetal; además identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo, incluso es un momento óptimo para la preparación física y mental de la madre para el nacimiento de su hijo y al fin de cuentas, todo contribuye en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. “Las madres que tardíamente reciben o no asisten al cuidado prenatal son más propensas a tener niños con problemas de salud, las que no reciben control prenatal tienen tres veces más riesgo de tener hijos de bajo peso y sus neonatos tienen cinco veces más posibilidades de morir” (Faneite, y otros, 2009).

Cada año, en Ecuador, aproximadamente unas 300.000 mujeres se embarazan, pero no todas ellas recibirán una atención de calidad como les corresponde de acuerdo a sus derechos ciudadanos. Por ejemplo, en el período 2000 – 2004 apenas un 57,5 % de mujeres cumplieron con la norma del MSP de realizarse al menos cinco controles prenatales. El cuidado al desarrollo del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de muerte tanto materna como perinatal y propicia una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos en los periodos inmediatamente posteriores al nacimiento, así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita.

(Ministerio de Salud Publica del Ecuador (MSP), 2008)

El presente estudio se realizó en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja debido a la problemática acerca del alto índice de gestantes hospitalizadas que no controlaron con anterioridad su embarazo, de ello surge la necesidad de contar con información sobre los factores relacionados con la falta de control prenatal y las razones principales por las cuales dichas mujeres no controlaron su embarazo en sus respectivos establecimientos de salud.

*El objetivo principal* es determinar los factores relacionados con la falta de control prenatal en pacientes atendidas en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de Loja, para lo cual dentro de los *objetivos específicos* incluye: Identificar los factores sociodemográficos que influyen en la inasistencia parcial o total a los controles prenatales, determinar la incidencia de la falta de control prenatal en primigestas y múltiparas, así como también conocer los principales factores personales por los cuales dichas gestantes no acudieron oportunamente a los establecimientos de salud. El presente estudio es retrospectivo, descriptivo, cuantitativo y de corte transversal con análisis de datos en forma cuantitativa. Se incluyó 70 gestantes a término y puerperio inmediato que se realizaron menos de cinco controles prenatales.

Una de las principales ventajas de realizar el presente trabajo de investigación en esta casa de salud, es porque existe una buena muestra de estudio ya que aquí acuden gestantes procedentes de distintos lugares de la Región Sur del Ecuador.

## **d. REVISION DE LITERATURA**

### **1. CONSULTA PRECONCEPCIONAL**

En obstetricia, la prevención secundaria y terciaria se llevarán a cabo en la consulta prenatal y en la unidad de hospitalización obstétrica, mientras que la prevención primaria es la que se realiza en la consulta preconcepcional, y es esta la esencia de la medicina preventiva. Ninguna prevención es más completa, rentable y eficaz que la realizada por el obstetra encargado de la atención preconcepcional, que tiene ante sí al ser humano desde el momento de su concepción hasta el de su nacimiento, periodo en el cual tendrá lugar la génesis, desarrollo y maduración de su organismo.

El periodo de organogénesis es el de mayor vulnerabilidad para el embrión, comprendido entre el 17º y el 57º día después de la fecundación, es decir, las 10 primeras semanas después de la última menstruación. Por tanto, el proceso se inicia antes de que la mujer reconozca su gestación y tenga la oportunidad de acudir a un programa de asistencia prenatal, momento en el que ya es tarde para evitar el impacto que diversas noxas que pueden haber tenido sobre el embrión. De ahí la importancia de la consulta preconcepcional.

El objetivo no sólo es dar consejo a las mujeres que acuden espontáneamente antes de iniciar un embarazo, o a aquellas que son remitidas por padecer una enfermedad crónica o por malos antecedentes reproductivos, sino también es beneficiosa para todas las mujeres que parecen estar sanas y en la que no se conocen factores de riesgo que puedan afectar a su reproducción. Es una ocasión ideal para educar a la mujer sobre las ventajas de la planificación de sus embarazos y sobre la importancia de la asistencia prenatal precoz, de su contenido y de su frecuencia.

La identificación de una mujer con cualquier enfermedad crónica o con hábitos perjudiciales para su salud cuando planifica un embarazo, permite tratar la enfermedad y proporcionar información para la toma de decisiones en relación con su futuro embarazo de acuerdo con los riesgos identificados, y sólo en raras ocasiones recomendar que el embarazo sea evitado. A pesar de ello se debe recordar que incluso cuando la pareja utiliza la consulta preconcepcional, no se puede garantizar que el resultado reproductivo sea el deseado.

(Ibañez LP & fabre E, 2007)

## **2. CONTROL PRENATAL**

Actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a.

Los componentes que abarca son:

- Promoción
- Prevención,
- Recuperación
- Rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional.

(Ministerio de Salud Publica del Ecuador (MSP), 2008)

## **3. CARACTERISTICAS DEL CONTROL PRENATAL**

### **3.1. COMPLETO E INTEGRAL**

- Atención por personal calificado.
- Detección precoz del embarazo.
- Control periódico e integral de la embarazada.

ATENCION DE:

1. Riesgo nutricional
2. Detección de discapacidades y enfermedades perinatales.
3. Maltrato sexual, violencia intrafamiliar y drogodependencia.
4. Infecciones de transmisión sexual.
5. Consejería pre/posprueba de VIH/SIDA, detección y referencia.
6. Enfermedades buco – dentales.
7. Referencia de usuarias con riesgo obstétrico perinatal

### **3.2. PRECOZ**

El control prenatal debe iniciarse lo más temprano posible (en el primer trimestre) por la relación entre la edad gestacional del primer control con los resultados del embarazo.

### **3.3. ENFOQUE INTERCULTURAL**

El proveedor debe tener conocimiento de la cosmovisión tradicional y cultural con comprensión de las prácticas ancestrales de curación de acuerdo a la diversidad cultural de la zona de atención.

### **3.4. PERIODICO**

Toda mujer embarazada de BAJO RIESGO deberá completar mínimo 5 controles prenatales (uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento) con el cumplimiento de todas las actividades que se registran en la historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051.

NIVEL MINIMO EFICIENTE: 5 CONTROLES.

- Uno en las primeras 20 semanas.
- Uno entre las 22 y 27 semanas.
- Uno entre las 28 y 33 semanas.
- Uno entre las 34 y 37 semanas.
- Uno entre las 38 y 40 semanas

### **3.5. AFECTIVO**

- Toda embarazada debe ser bienvenida y atendida con calidez y calidad.
- Los horarios de atención deben favorecer la concurrencia al control prenatal.
- Cuanto mayor el número de horas de atención, más elevado el número de mujeres que pueden concurrir.
- Cumplir con el horario de turnos y reducir el tiempo de espera de las pacientes.
- Se deben realizar exámenes y pruebas que responden a un propósito inmediato y que se ha demostrado que son beneficiosas.

(Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), 2008)

#### **4. JUSTIFICACIÓN DEL CONTROL DE EMBARAZO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.**

El seguimiento de gestaciones de bajo riesgo desde Atención Primaria supone beneficios:

##### **PARA LA EMBARAZADA:**

Mejor accesibilidad horaria y geográfica.

Mayor contacto con actividades complementarias del centro de salud (Planificación familiar, educación maternal, programa de control del niño sano).

Mayor satisfacción de la mujer.

Mejor integración del proceso dentro de la historia clínica.

##### **PARA EL SERVICIO DE SALUD:**

Disminución de coste económico.

Optimización de recursos (menor saturación de servicios de Obstetricia).

Elevada rentabilidad de las medidas preventivas durante el embarazo.

En consecuencia, los programas dirigidos a este grupo de población son considerados como prioritarios desde la mayoría de instituciones gestoras de salud y, de hecho, en algunas Comunidades Autónomas (Andalucía, Cantabria, Murcia y Ceuta) el control del proceso desde Atención Primaria está ya ampliamente establecido.

(Barrientos, y otros, 2012)

“La muerte materna es evitable, amplios estudios avalan que la intervención es eficaz y que la inversión en maternidad sin riesgo, no solo reducirá la mortalidad y la discapacidad materno infantil, sino que también contribuirá a la mejor salud, calidad de vida y equidad para las mujeres, sus familias y las comunidades” (Secretaría de Salud, 2008).

#### **5. EFICACIA DE LA ATENCIÓN PRENATAL**

La atención prenatal diseñada a principios del siglo XX, se orientaba a disminuir los altísimos índices de mortalidad materna. Es probable que el bajo

índice de mortalidad materna actual, cercano a 8 por cada 100 000, se relacione con la utilización elevada de la atención prenatal. De hecho en un estudio poblacional de Carolina del Norte, (Harper, etc, 2003) observaron que el riesgo de muerte materna relacionada con el embarazo, disminuía cinco veces entre la mujeres que recibían atención prenatal. Hay otros estudios que certifican la eficacia del control prenatal, (Herbst etc, al 2003) observaron que la falta de atención prenatal, se relaciona con un aumento al más del doble de partos prematuros.

(Williams, 2011)

Un control prenatal óptimo, según las normas de MSP del Ecuador, comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado (médico u obstetrix) durante el período del embarazo de BAJO RIESGO. El primer control (de diagnóstico) debería ser dentro de las primeras veinte semanas y los otros cuatro subsecuentes (de seguimiento) repartidos periódica y continuamente de la siguiente manera: Uno entre las 22 y 27 semanas; uno entre las 28 y 33 semanas; uno entre las 34 y 37 semanas y uno entre las 38 y 40 semanas. No obstante, el solo cumplimiento de esta norma no garantiza la calidad de la atención, pues se requiere que, en cada visita, el servicio de salud provea un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido. De acuerdo al Manual de Estándares de Calidad del MSP, para que los controles prenatales contribuyan verdaderamente a cumplir estos objetivos, en toda mujer embarazada se aplicará y registrará en su historia clínica las siguientes actividades: antecedentes personales y obstétricos; medición de talla; examen de mamas; semanas de amenorrea; medición del peso; determinación de la tensión arterial; medición de la altura uterina; auscultación de los latidos cardiacos fetales (FCF); movimientos fetales; edema; sangrado genital; actitud fetal (presentación, posición y situación) aplicable desde las 32 semanas de gestación; evaluación del estado nutricional; registro de vacunación antitetánica; prescripción de hierro; prescripción de ácido fólico (hasta las 12 semanas de gestación); orden médica

o registro de los resultados de exámenes prenatales y orden médica para examen odontológico o examen odontológico realizado.

(Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), 2008)

## **6. FACTORES DE RIESGO**

El enfoque de riesgo se fundamenta en el hecho que no todos los individuos tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado, sino que para algunos, dicha probabilidad es mayor que para otros.

Esta diferencia establece un gradiente de necesidades de cuidados que va desde un mínimo para las mujeres de bajo riesgo o baja probabilidad - de presentar un daño, hasta un máximo, necesario solo para aquellas con alta probabilidad de sufrir problemas vinculados al proceso reproductivo. (Ministerio de Salud de la Nación, 2001)

Entre los factores de riesgo más importantes tenemos los siguientes

### **6.1. Características individuales o condiciones socio demográficas desfavorables.**

Edad menor de 17 años o mayor de 35 años.

Ocupación: esfuerzo físico, carga horaria, exposición a agentes físicos, químicos y biológicos, estrés.

Desocupación personal y/o familiar

Situación inestable de la pareja.

Baja escolaridad.

Talla baja

Peso menor de 45 Kg.

Dependencia de drogas ilícitas y abuso de fármacos en general.

### **6.2. Historia reproductiva anterior**

Muerte perinatal en gestación anterior.

Recién Nacido con peso al nacer menor de 2500 grs. o igual o mayor de 4000 grs.

Aborto habitual

Cirugía uterina anterior  
Hipertensión  
Nuliparidad o multiparidad  
Intervalo ínter genésico menor de 2 años

### **6.3. Desviaciones obstétricas en el embarazo actual.**

Desviaciones en el crecimiento fetal, número de fetos o del volumen del líquido amniótico.

Ganancia de peso inadecuado.

Amenaza de parto de pretérmino o gestación prolongada

Pre-eclampsia

Hemorragias durante la gestación

Madre con factor Rh negativo con o sin sensibilización.

Óbito fetal

(Ministerio de Salud de la Nación, 2001)

### **6.4. Enfermedades clínicas**

Cardiopatías

Neuropatías

Nefropatías

Endocrinopatías

Hemopatías

Hipertensión arterial

Epilepsia

Enfermedades infecciosas

Enfermedades autoinmunes

Ginecopatías

(Ministerio de Salud de la Nación, 2001)

## **7. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL**

(American Academic of Pediatrics y American College Of Obstetricians and Gynecologists, 2007) describieron la esencia del control prenatal como: “ Un programa de atención integral antes del parto que incluye una estrategia coordinada para la atención médica y el apoyo psicológico, que en condiciones óptimas comienza antes de la concepción y se extiende durante todo el periodo prenatal” Este programa integral Incluye:

- Atención previa a la concepción
- Diagnóstico oportuno del embarazo
- Valoración prenatal inicial
- Consultas Prenatales de seguimiento

### **7.1. ATENCIÓN PREVIA A LA CONCEPCIÓN**

Como la salud durante el embarazo depende de la salud antes de este, es lógico que la atención previa a la concepción sea un prelude integral a la atención prenatal, un programa completo de atención previa a la concepción tiene la posibilidad de ayudar a las mujeres a reducir riesgos, promover estilos de vida saludables y mejorar la disposición para el embarazo (Williams, 2011).

### **7.2. DIAGNOSTICO DE EMBARAZO**

El diagnostico de embarazo casi siempre comienza cuando una mujer se presenta con síntomas o talves con un resultado positivo en una prueba urinaria domestica de embarazo. Por lo general a estas mujeres se les practica una prueba confirmatoria de orina o sangre para gonadotropina corionica humana (HCG). Es probable que haya datos de sospecha o diagnóstico de embarazo en la exploración. A menudo se usa la ecografía, sobre todo en los casos en los que existe duda sobre la viabilidad o localización del embarazo. (Williams, 2011)

### **7.3. VALORACIÓN PRENATAL INICIAL**

La atención prenatal debe iniciarse en cuanto exista una probabilidad razonable de embarazo. Los objetivos principales son:

- Definir el estado de salud de la madre y el feto
- Calcular la edad gestacional
- Iniciar un plan de atención obstétrica continua

El plan inicial para la atención subsiguiente varía desde consultas de rutina relativamente infrecuentes hasta la hospitalización pronta por enfermedad materna o fetal grave. (Williams, 2011)

El objetivo de la consulta prenatal inicial es detectar factores de riesgo que puedan requerir una supervisión adicional, por encima de la proporcionada a las mujeres de bajo riesgo. También es una oportunidad de identificar cualquier dificultad social y analizar los deseos de los padres en relación con el embarazo y el parto (Drife & Magowan, 2010)

#### **7.4. CONSULTAS PRENATALES SUBSIGUIENTES**

Las consultas prenatales posteriores suelen programarse a intervalos de cuatro semanas hasta las 28: cada dos semanas hasta la semana 36, y luego cada semana. Las mujeres con embarazos complicados a menudo necesitan regresar a consultas cada una o dos semanas (Williams, 2011). Por ejemplo, Luke etc al (2003), observaron que un programa de atención prenatal especializado que pone énfasis en la nutrición y educación, y que requería visitas cada dos semanas obtuvo mejores resultados en embarazos gemelares.

Independientemente del estado de salud de la gestante toda mujer debe acudir periódicamente a los controles prenatales y no solo cuando hay evidencia de enfermedad o por cumplir alguna norma establecida (por ejemplo fecha de la siguiente cita), de esta manera se podrá identificar y prevenir diversas enfermedades que pueden poner en peligro la vida de la madre o el feto.

### **8. ASESORAMIENTO PARA REDUCIR DEFECTOS CONGENITOS**

Los defectos congénitos son frecuentes, afectando el 5 al 10% de los embarazos, especialmente en mujeres con:

- niños afectados en embarazos previos
- antecedentes familiares de enfermedad genética
- edad avanzada
- exposición a tóxicos ambientales

(Ministerio de Salud de la Nación, 2001)

### **8.1. Detección Especial para enfermedades genéticas**

Debe ofrecerse detección seleccionada a las parejas con riesgo alto con base en los antecedentes familiares o en los antecedentes étnicos o raciales. Algunos ejemplos incluyen prueba para enfermedad de Tay-Sachs en personas descendientes de judíos, europeos orientales o franco- canadienses; talasemia  $\beta$  para los que tienen ancestros del Mediterráneo, el sureste de Asia, India, Pakistán y África; talasemia  $\alpha$  para los descendientes del sureste de Asia o Africa y anemia drepanocítica para personas de origen africano, mediterráneo del Medio Oriente, Caribe, Latinoamérica o India.

(American College of Obstetricians and Gynecologists, 2004-2005)

### **8.2. Características étnicas especiales**

Beta talasemia: italianas y griegas, anemia a células falciformes, raza negra

Prevención del cretinismo endémico: el suplemento de yodo en una población con altos niveles de cretinismo endémico lleva a una reducción importante de la incidencia de este trastorno, sin efectos adversos conocidos (Mahomed, 2000).

Prevención de defectos del cierre tubo neural: se ha demostrado que la suplementación con ácido fólico a la mujer en la etapa preconcepcional y durante el primer trimestre protege al embrión de padecer estos defectos en un 72% de los casos ( O.R.= 0,28 I.C. 95% 0,15-0,53) . La recomendación es que todas las mujeres deben recibir un suplemento en su dieta diaria de 0.4 Mg. de ácido fólico desde que discontinúan su práctica anticonceptiva hasta las 12 semanas de embarazo. En madres con antecedentes de hijos con defecto del cierre del tubo neural, la indicación es de 4 Mg. por día durante un periodo similar (Lumley , Watson, & Bower, 2000).

De igual manera debería ser recomendada a pacientes insulino dependientes y a pacientes epilépticas tratadas con ácido valproico o carbamazepina.

## 9. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

**9.1. Nutrición:** la futura madre debe conocer su peso habitual y llegar al embarazo con un peso adecuado a su contextura. La subnutrición previa al embarazo no corregida, asociada con poca ganancia de peso durante el embarazo, aumenta la morbilidad y mortalidad neonatal. Por otro lado, la obesidad, se asocia con diabetes, hipertensión y macrosomía fetal, la cual también aumenta el riesgo perinatal. Durante la adolescencia el problema del déficit de nutrientes adquiere especial importancia, pues si se embaraza los requerimientos son mayores que los de una mujer adulta.

**9.2. Fumar:** Alertar a la mujer que el tabaco es un tóxico directo sobre el feto produciendo serias alteraciones, siendo la más importante el bajo peso al nacer (Lumley , Watson, & Bower, 2000).

**9.3. Consumo de alcohol:** No es adecuado el consumo excesivo de alcohol antes del embarazo, pero durante la gestación el alcohol debe evitarse en forma absoluta, en particular en el primer cuatrimestre de la gestación por asociarse con malformaciones fetales.

Un gran número de mujeres pueden ingerir alcohol sin saber que están embarazadas, de ahí la importancia de acudir a los establecimientos de salud lo más temprano posible ante la mínima sospecha de embarazo.

**9.4. Consumo de drogas:** La cocaína, heroína, metadona, anfetaminas, marihuana, etc. Se asocian con retardo de crecimiento intrauterino y muerte perinatal. Las mujeres que consumen drogas ilegales deben ser educadas sobre los daños que éstas producen en la descendencia.

Se debe poner mayor énfasis en las pacientes adolescentes ya que estas son más vulnerables al consumo de estas sustancias.

(Lumley , Watson, & Bower, 2000)

**9.5. Laborales y ambientales:** La realización de trabajos pesados, utilización de plaguicidas, solventes orgánicos, y el contacto con material radioactivo deben ser prohibidos durante la gestación, especialmente en aquellas mujeres de sectores rurales donde es frecuente el cultivo de productos agrícolas. (Lumley , Watson, & Bower, 2000)

## **10. MODELO DE ATENCIÓN DE LAS CONSULTAS PRENATALES**

Existen diversos esquemas de visitas prenatales que señalan las acciones que deben de hacerse y el número de visitas a realizar sin embargo el establecimiento de un modelo de atención con un número de visitas prenatales para embarazos de bajo riesgo en instituciones de salud es de suma importancia con la finalidad de garantizar la salud como un resultado óptimo tanto para la madre y su Hijo (a) (Organizacion Panamericana de La Salud y Organizacion Mundial de la Salud, 2000)

### **10.1. Primera consulta prenatal**

Lo ideal sería que la primera visita se realice durante el primer trimestre o preferentemente antes de la semana 12 de embarazo. Sin embargo independientemente de la edad gestacional en el momento de la primera consulta todas las embarazadas serán examinadas de acuerdo a las normas para la primera visita y las visitas subsiguientes. Por la cantidad de actividades que se tienen que realizar se espera que la primera visita dure de 30 a 40 minutos. Como se mencionó anteriormente es importante determinar los antecedentes clínicos y obstétricos de las mujeres con el objetivo de diagnósticas el embarazo particularmente si se presenta antes de las 12 semanas hacer la valoración inicial etc.

#### **Acciones:**

1. En el caso de que la mujer se presente de manera temprana (antes de las 12 semanas) refiriendo amenorrea, será necesario realizar la confirmación clínica y de laboratorio del embarazo.

2. Confirmado el embarazo determinar la fecha probable de parto y las semanas de gestación.
3. Realizar la historia clínica perinatal y abrir el carnet perinatal de la gestante.
4. Llevar a cabo la exploración física
5. Efectuar la exploración obstétrica: En el caso de que el embarazo sea mayor a 12 semana: realizar la medición de la altura uterina. Si el feto es mayor a 22 semanas además de la altura uterina determinar: la situación, posición y presentación fetal (dependerá de las semanas), auscultación de FCF y palpación de los movimientos fetales
6. Valorar el Riesgo Obstétrico: Este concepto se aplica durante el embarazo tanto en el periodo prenatal como en el parto.
7. Solicita los exámenes complementarios de rutina: grupo sanguíneo y factor Rh, biometría hemática completa, química sanguínea (particularmente entre las 20 y 24 semanas), examen general de orina y VDRL (Venereal Disease Research Laboratory).

**Intervenciones:**

1. Es necesario que reciban suplementación con hierro en gran parte de nuestra población la ingesta no alcanza para cubrir los requerimientos de hierro durante el embarazo. Se estima que más del 30% de las embarazadas están por debajo de los valores normales de Fe (11g/dl). Esta cifra es la considerada por la OMS para recomendar la suplementación universal con hierro a todas las embarazadas. La dosis diaria es de 60 mg de hierro elemental.
2. También debes de llevar a cabo la administración de ácido fólico en el período preconcepcional y en el primer trimestre del embarazo. La suplementación periconcepcional de folatos reduce la incidencia de defectos del tubo neural. La dosis diaria es de 400 mg.

Enseñar a la mujer acerca de:

La alimentación la cual deberá ser:

Completa: es decir que contenga alimentos de los tres grupos: 1. cereales y tubérculos, 2. frutas y verduras; y 3. productos de origen animal y leguminosas.

Variada: deberá incluir diferentes alimentos de cada grupo para que la dieta no se vuelva monótona y se obtengan todos los nutrimentos que necesita su cuerpo para funcionar y satisfacer sus necesidades y las del feto.

Equilibrada: que los nutrimentos que le proporcionan los alimentos de los grupos antes mencionados los consuman en las proporciones que necesita su cuerpo.

Inocua: que el consumo habitual de los alimentos no implique riesgos para la salud que sean higiénicos y que no estén descompuestos o contengan algún agente patógeno

Suficiente: que aporte la cantidad de energía y nutrimentos de acuerdo a sus necesidades sin que tenga deficiencias pero sin caer tampoco en los excesos.

Adecuada: acorde a sus gustos, cultura y necesidades específicas. Debe consumir alimentos ricos en energía y proteínas así como aquellos que contienen vitaminas y minerales principalmente calcio, hierro, ácido fólico y yodo.

a) Hidratación: Se recomienda que disminuya el consumo de oxígeno y que ingiera de 1.5 a 2.0 litros de agua al día.

b) Eliminación: Se pide la ingesta de dos litros de líquidos realizar ejercicio físico, comer alimentos con alto residuo como salvado, piña, manzana, papaya y en caso necesario, un laxante como papaya o jugo de ciruela.

c) Actividad física prenatal: Se propone que realice caminata tres veces a la semana durante 30 minutos.

d) Actividad Sexual: Se sugiere disminuir la frecuencia de la actividad sexual durante el primer y último trimestre. Debe evitarse en los casos en que existe amenaza de aborto o parto prematuro. Enfatizar el uso de preservativo para disminuir el riesgo de adquirir VIH o una ITS.

e) Postura física en la vida diaria: Mantener la cabeza y los hombros centrados sobre la cadera así se mantiene la columna vertebral derecha. Al levantar algún objeto no doblar por la cintura sino doblar las caderas y las rodillas y levantarse con las piernas.

f) Solicitar a la mujer que registre cuando nota los primeros movimientos fetales.

g) Enseñarle los signos y síntomas de alarma y orientar a donde asistir para su atención.

h) Iniciar la preparación de la mujer para la lactancia.

3. Por último programar la siguiente consulta prenatal

### **10.2. Segunda consulta prenatal**

La segunda visita prenatal debe de realizarse entre las semanas 22 a 24 de gestación. Se estima una duración aproximada de 20 minutos. Se debe realizar exploración física dirigida a la búsqueda de datos que indiquen la evolución normal del embarazo y la presencia de signos de alarma en donde se incluya la toma de la tensión arterial, ganancia de peso, altura del fondo uterino además de la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal.

#### **Acciones:**

1. Valorar el peso materno: La ganancia de peso gestacional está relacionada con el ingreso nutricional y la ganancia de peso materno es uno de los predictores del peso fetal al término. Un inadecuado ingreso nutricional durante el embarazo está relacionado con bajo peso al nacer, nacimientos prematuros y defectos congénitos. Por otra parte excesiva ganancia de peso durante el embarazo predispone a diabetes gestacional y es el mayor predictor de obesidad en el postparto por ello se recomienda una ganancia ponderal total de 11 a 12Kg a razón de 1.0 a 1.5 KG / mes.

2. Valorar la presión arterial: La preeclampsia y eclampsia durante el embarazo constituyen las principales causas de morbilidad materna es por ello que su vigilancia adquiere particular importancia. Cuando una mujer acude por primera vez a consulta y tiene más de 20 semanas una presión arterial de 130/90mmHg, puede indicar la presencia de pre eclampsia. En una mujer que ya ha tenido consultas subsecuentes si la presión sistólica es de 30mm/Hg o más y la diastólica de 15mm/Hg o más puede indicar la presencia de preeclampsia.

3. Efectuar las Maniobras de Leopold. Estas se podrán realizar a partir de las 20 semanas.
4. Medir la altura del fondo Uterino. Permite correlacionar el fondo uterino con las semanas de gestación e identificar oportunamente alteraciones en el crecimiento del feto.
5. Auscultación de la frecuencia cardiaca Fetal (FCF). Se podrá auscultar con estetoscopio de pinar a partir de la semana 20 de gestación.
6. Revisar los exámenes de laboratorio: Grupo y Rh. Si la mujer fuera Rh negativo referir para que se le realice la prueba de Coombs indirecta. En el caso de que no estuviera sensibilizada se realizará profilaxis anti-D a las 28 semanas.
7. Valorar la Hemoglobina (Hb). Una Hb menor a 11 será considerada como anemia. A través de la química sanguínea descartar la posibilidad de diabetes gestacional.
8. Revisar los resultados del examen general de orina: Se tendrá que descartar la posibilidad de infección de vías urinarias. En caso de que identificar hipertensión arterial se debe realizar una cuantificación de proteínas con tira reactiva.
9. A través del VDRL descarta la posibilidad de Sífilis.

**Intervenciones:**

1. Continuar con la administrando hierro.
2. Continuar con las actividades de Promoción a la salud señaladas en la primera visita prenatal y refuerza los signos y síntomas de alarma
3. Continuar la preparación para el nacimiento, lactancia y crianza.
4. Administrar la primera dosis del toxoide antitetánico: Se debe vacunar contra el tétanos con dos dosis durante al embarazo alrededor de las 25 y las 30 semanas. Si la paciente hubiera recibido dosis previas sólo indicar una dosis de refuerzo a las 25 semanas.

5. Programar y registrar la siguiente consulta prenatal entre las 27 y 29 semanas.

### **10.3. Tercera consulta prenatal**

La tercera consulta se deberá efectuarse entre la semana 27-29 y dependiendo de la valoración del riesgo. Se estima que se requerirán un promedio de 20 minutos. Si no asistió a la segunda visita la tercera visita también debería incluir todas las actividades de la segunda visita y la duración debería extenderse tanto tiempo como sea necesario.

#### **Acciones:**

Corroborar la fecha probable de parto y obtener las semanas de gestación.

1. Valorar el peso materno
2. Valorar la presión arterial
3. Realizar las maniobras de Leopold y poner mayor atención en la posición, presentación y situación del feto.
4. Medir la altura uterina
5. Valorar por palpación los movimientos fetales
6. Investigar la presencia de signos y síntomas de alarma
7. Valorar el riesgo perinatal durante la evolución del embarazo.

#### **Intervenciones:**

Continuar con:

1. La administración de hierro.
2. Las actividades de Promoción a la Salud señaladas en la primera visita prenatal y refuerza los signos y síntomas de alarma.
3. Preparación para el nacimiento, lactancia y crianza.
4. Administrar la segunda dosis de toxoide tetánico

#### **10.4. Cuarta consulta prenatal**

La cuarta consulta se deberá efectuarse entre la semana 33 a 35 y dependiendo de la valoración del riesgo. Se estima que se requerirán un promedio de 20 minutos.

##### **Acciones**

Corroborar la fecha probable de parto y obtener las semanas de gestación.

1. Valorar el peso materno
2. Valorar la presión arterial
3. Realizar las Maniobras de Leopold. Es importante ubicar con claridad la situación, posición y presentación fetal ya que se acerca la fecha probable de parto.
4. Medir la altura uterina y poner énfasis en la cuarta maniobra.
5. Valorar la frecuencia cardiaca fetal
6. Valorar por palpación los movimientos fetales
7. Revisar biometría hemática y el examen general de orina
8. Investigar la presencia de signos y síntomas de alarma
9. Valorar el riesgo perinatal durante la evolución del embarazo.
10. Investigar las expectativas de la mujer y de su familia con relación al nacimiento.

##### **Intervenciones:**

1. Continuar con la administrando hierro.
2. Continuar con las actividades de promoción a la salud señaladas en la primera visita prenatal y reforzar los signos y síntomas de alarma.
3. Iniciar con ellos la integración de un plan de nacimiento el cual consiste en tomar decisiones acerca de: lugar de nacimiento, quién la acompañará, cómo se trasladarán, que deben de llevar al hospital, como registrar sus contracciones, etc.

4. Enfatizar la enseñanza de los datos que indican el inicio del trabajo de parto.

### **10.5. Ultima consulta prenatal**

La quinta visita se ubicará entre las y la última 38 a la 40 semanas y dependiendo de la valoración del riesgo. Se estima que se requerirán un promedio de 30 minutos.

#### **Acciones:**

1. Corroborar la fecha probable de parto y obtener las semanas de gestación.
2. Valorar el peso materno
3. Valorar la presión arterial
4. Realizar las Maniobras de Leopold. Es importante que ubicar con claridad la situación, posición y presentación fetal y altura de la presentación ya que se acerca la fecha probable de parto.
5. Medir la altura uterina
6. Valorar la frecuencia cardiaca fetal
7. Valorar por palpación los movimientos fetales.
8. Valorar la pelvis (pelvimetría clínica) si hay dudas solicita la valoración por otro profesional.
9. Revisar los resultados de la biometría hemática y examen general de orina.
10. Investigar la presencia de signos y síntomas de alarma
11. Valorar el riesgo perinatal durante la evolución del embarazo.
12. Investigar las expectativas de la mujer y de su familia con relación al nacimiento.

**Fuente:** (Organizacion Panamericana de La Salud y Organizacion Mundial de la Salud, 2000)

## **11. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO DE LA ATENCION PRENATAL**

Las publicaciones coinciden en señalar como principales determinantes del acceso a factores como: edad, escolaridad, ocupación, estrato social, lugar de residencia, estado civil y acceso a la seguridad social. Otro estudio acerca del acceso a la Atención Prenatal, explica que existen factores contribuyentes a asistir o no a la Atención Prenatal siendo la escolaridad y el apoyo social (apoyo de las amistades y familiares) de la gestante los que determinan la asistencia a la Atención Prenatal. El nivel socioeconómico interviene como predisponente de la utilización de servicios de Atención Prenatal. De igual forma, la escolaridad y el apoyo social son las variables mediadoras más importantes para el uso de servicios de salud de Atención Prenatal.

La importancia del entorno psicosocial en relación con el proceso salud enfermedad se ha documentado en distintos estudios epidemiológicos sobre diversos problemas de salud, asimismo para explicar esta asociación postulan que la situación psicosocial interviene como un factor condicionante inespecífico que facilita o inhibe la expresión de factores de riesgo específicos, teniendo un carácter protector cuando se evalúa como favorable o positiva, y representando un riesgo cuando se califica como desfavorable .

Este entorno psicosocial determina la conducta de las gestantes adolescentes frente a su salud y embarazo; la situación de riesgo está representado por aquellas situaciones familiares, laborales, económicas, sociales y culturales que demandan y exceden los recursos personales de los individuos, de tal modo que significan amenaza, daño o desafío; mediante el apoyo psicosocial o situación protectora, la persona obtiene satisfacción de sus necesidades de reconocimiento social, afectivas, de comunicación, de solidaridad y económicas.

(Ruiz, Romero, & Moreno, 2008)

De esta manera la importancia de las redes sociales como contribuyentes a la decisión de asistir o no a la Atención Prenatal se plasma diversos estudios; se muestra que la escasez o ausencia de la Atención Prenatal se han relacionado con factores socioeconómicos, geográficos, educacionales y políticos. Las

creencias y prácticas de la medicina tradicional y doméstica correspondientes al contexto en el cual se inserta la adolescente durante el embarazo pueden intervenir en la decisión de acudir o no, en que momento, a la atención médica.

Tenemos así que el momento de la captación refleja la madurez materna para comenzar a enfrentar de manera sana el embarazo desde época muy temprana siendo deseable que la mujer sea captada para su Atención Prenatal antes de las 14 semanas (I Trimestre), esta es una variable que reflejaría de manera indirecta la aceptación del embarazo tanto por parte de la adolescente como de sus familiares. De igual manera se ha demostrado que las complicaciones asociadas con la gestación en madre adolescente están más ligadas a la falta de atención médica en el momento preciso por captaciones fuera de tiempo o irresponsabilidades de otro tipo, que a factores de índole biológico.

No es raro que algunas adolescentes no acudan a su Atención Prenatal o lo hagan tardíamente, por desconocimiento o por ocultar la situación. Del mismo modo aún existe poco conocimiento sobre los factores protectores y de riesgo para el acceso a los servicios de atención prenatal y asimismo se desconoce los factores que favorecen la atención temprana por parte de las gestantes adolescentes.

(Baeza, 2007)

### **11.1. FAMILIA**

La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los microambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia. La homeostasis familiar que se establece entre los miembros facilita una relación emocional y física, promueve el desarrollo individual y familiar para mantener el equilibrio. Al mismo tiempo se entiende por familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, maltrato o violencia, pérdida de un familiar, madre con embarazo en la adolescencia,

hermana adolescente embarazada, padre ausente, etc. Y todo ello influye en el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia (Mirabal , 2002).

Algunos autores mencionan que el maltrato físico a la gestante fue motivo para no asistir a la Atención Prenatal; indicando que la atención prenatal tardía y la ausencia de esta atención podrían deberse a la oposición de las personas agresoras (compañero, familiares, entre otras) y a los temores que podría sentir la mujer a que en la exploración médica se descubrieran huellas de abuso físico o sexual. Así también otros estudios concluyen que la falta de comunicación y el bajo nivel de confianza con los padres, así como reacciones negativas ante la noticia del embarazo estuvieron fuertemente relacionados con el aborto provocado en adolescentes.

Del mismo modo la gestante adolescente de una familia tipo disfuncional presenta falta de apoyo familiar, esto trae consigo la privación material, el aumento de los eventos negativos en la vida, la falta de afecto, el escaso nivel de educación y la falta de acceso a la información. Por todo ello el apoyo familiar es muy importante durante el embarazo adolescente ya que favorece y permite un adecuado cuidado prenatal y buen pronóstico para el futuro de la gestante adolescente. Asimismo la reacción de los padres, la familia y la pareja ante la gestación influye directamente en la actitud de la adolescente hacia su primer embarazo. Concluyéndose que la participación activa de la familia y la comunidad es el componente más efectivo para la protección de la salud de la mujer y su hijo, debido a que 60% de las muertes fetales y neonatales en nuestro medio están asociados a un factor de privación social.

(Mirabal , 2002)

## **11.2. PAREJA**

Las políticas y acciones de intervención de las instituciones de salud suelen estar dirigidas hacia la madre, aportando de esta forma a la construcción de la invisibilidad del varón. La participación de los adolescentes en la toma de decisiones para la atención prenatal está condicionada por las representaciones que tengan acerca de la paternidad. Así el ingreso

espontáneo del varón acompañando a su pareja a la Atención Prenatal ya nos da un indicio acerca de su posición respecto de la atención y cuidado del embarazo. Asimismo se establece la relación entre el estado conyugal con la predisposición al acceso y búsqueda de atención por parte de la gestante pues verá en su pareja el apoyo para esa nueva etapa. Tenemos entonces que la variable estado civil en las gestantes adolescentes es muy importante, pues una relación de pareja estable favorece el apoyo tanto afectivo y económico a la gestante adolescente.

Del mismo modo algunos estudios refieren que el estado civil de soltera está más relacionado a la captación intermedia o tardía, esto es significativamente superior en las gestantes adolescentes menores de 18 años que a su vez muestran otros factores desfavorables para una evolución peri natal adecuada . Igualmente se ha asociado a la Atención Prenatal tipo tardío con una relación débil de pareja.

### **11.3. ECONOMICO**

Actualmente estamos viviendo una década de pesada carga económica, la consecuencia de esta situación tiene su expresión en tasas negativas en salud reproductiva. En casi todos los estudios sobre el tema, se considera que la situación socioeconómica juega un papel fundamental en el acceso a la Atención Prenatal.

El no haber trabajado durante el embarazo, y más aún, que no lo hicieron nunca, muestra una asociación significativa con la ausencia o insuficiencia de la atención prenatal .Se ha probado que la situación socioeconómica desfavorable conduce a la desnutrición y la anemia, un desarrollo insuficiente, falta de atención prenatal y viviendas inadecuadas, donde a menudo hay hacinamiento, promiscuidad y a veces incesto; muchas repiten el patrón de sus madres solteras que también dieron a luz siendo adolescentes.

Para la medición de esta variable serán utilizados los siguientes indicadores: condición de la vivienda, nivel de ingreso, condición de actividad del jefe del

hogar -status socio-ocupacional- así como de la adolescente, dependencia económica de la madre adolescente respecto a su compañero. Los cuáles serán referidos en un Rango de Ingresos según los Datos Estadísticos propuestos por el MEF (Ministerio de Economía y Finanzas).

#### **11.4. EDUCACION**

La ausencia de programas de educación en salud, y en particular para la gestante, incluyendo captación precoz de la misma se ve reflejada en el desconocimiento de la importancia de la atención prenatal y la falta de motivación; esta grave falla del sistema de salud fue reportado hace mucho tiempo por diferentes autores .

La falta de conocimiento en sexualidad, es decir la total desinformación se asocia con padres de bajo nivel educacional, sin conocimiento o tabú respecto del tema. Los mandatos culturales, socioeconómicos y educacionales marcan la conducta de las adolescentes. Presentando una conducta deficitaria con respecto a la prevención en salud. Los futuros profesionales deben de mejorar las políticas y/o estrategias institucionales de primer nivel de atención para incentivar los controles prenatales en tiempo y forma en las adolescentes. La ENDES 2004, indagó también si las gestantes habían consumido suplemento de hierro y por cuánto tiempo durante el embarazo, es así que en el nacimiento más reciente, el 65 % de las mujeres entrevistadas reportó que tomó pastillas o jarabe de hierro, cobertura que se reduce a 46 % entre las mujeres sin educación.

(Tejada, 2008)

#### **11.5. PSICOLOGICO**

Además de todo el contexto social en el que se encuentra la adolescente cabe resaltar la importancia de sus cambios psicológicos por los cuales a su vez también atraviesa propio de la etapa, la adolescente al ser dependiente de su familia tanto afectivo y económicamente y el embarazo al presentarse como un evento no programado, determinaría en la adolescente una actitud de rechazo

y ocultamiento de su condición, lo que se ha demostrado que lleva a una atención prenatal tardía o insuficiente. La salud mental de la paciente y su entorno psicosocial probablemente sea más importante que la vigilancia biomédica de la gestante durante el embarazo para el pronóstico perinatal e infantil). Al mismo tiempo los sentimientos de vergüenza, temor e ignorancia hacen que la atención prenatal sea tardía e irregular, lo que se relaciona directamente con resultados adversos desde el punto de vista de la atención obstétrica y neonatal.

Numerosos autores asocian la Atención Prenatal tardía con ocultamiento por temor a la acción familiar. En estas madres jóvenes se puede comprobar su inmadurez para asumir el embarazo, pues psíquicamente no están preparadas, Así mismo manifiestan falta de confianza en su familia y poca información sobre el que realmente significa un embarazo en esta edad de la vida, en la cual el organismo no está preparado para asumirlo.

En cuanto al embarazo no deseado, los estudios concluyen que el riesgo de presentar un parto domiciliario es tres veces mayor que en las mujeres cuyo embarazo fue deseado y aceptado, al parecer esto se explica por la necesidad de algunas mujeres de tratar de mantener oculto el embarazo ya sea porque fue producto de alguna relación considerada «indebida» o porque se dio en el momento inadecuado, esto es muy frecuente en las adolescentes embarazadas dado que el embarazo no fue planificado, más aún si es producto de una relación con una pareja esporádica, con la consiguiente interrupción brusca de sus planes de vida y los serios problemas que se originan en el entorno familiar.

El embarazo y el parto alteran el desarrollo psicosocial normal de las adolescentes; numerosos autores coinciden que tras el embarazo hay una frustración de sueños, planes y estudios venideros, por lo que la joven embarazada pasa a depender completamente de su familia, de esta manera los estudios sobre variables psicológicas en adolescentes mostró que sólo el 32,7% de las adolescentes deseaban su embarazo y que el 73,3% tenían el temor de decírselo a sus padres.

La adolescente al momento de decidir tener su embarazo, puede tener la necesidad de desafiar y enfrentar el rechazo de la familia, seguido en ocasiones extremas de la expulsión del hogar; debe soportar la agresión psicológica de la familia y la sociedad, siendo rechazada y discriminada, eventos que serán generalmente extendidos al hijo; El hijo recibido por la adolescente y/o la familia de ésta como un inoportuno, estará expuesto a la agresión física y psíquica, al abandono, al rechazo, aunque a veces se presenta una aceptación tardía . No sólo es importante la decisión de la adolescente el hecho de comunicarles a los padres sobre el embarazo, sino también la predisposición de sus padres a escucharla y entenderla; esto se verá reflejado en la reacción que ellos tengan ante esta noticia, ya que una reacción negativa aumenta 14 veces el riesgo de terminar el embarazo en un aborto provocado.

(Salvador, 2010)

#### **11.6. DEMOGRAFICO**

La gestación requiere cuidado materno, de tal manera que puedan identificarse y controlarse los riesgos de forma oportuna; este cuidado se espera que lo brinde el personal de salud entrenado. Por ello un aspecto a tener en cuenta dentro de los factores que explican la salud materna es el acceso de la familia gestante a los servicios de salud, en este sentido, habría que analizar en primer lugar la distancia de los profesionales en salud con respecto a la población que demanda atención.

Asimismo se sabe que existe una gran distancia cultural entre la población y los servicios de salud, de tal forma que la gente acude a ellos sólo cuando se siente enferma. Otro problema relacionado con el acceso a los servicios, lo constituyen las limitaciones económicas y la afiliación al sistema general de seguridad social en salud. En este sentido, cobran importancia las relaciones interpersonales que logren establecer vínculo entre el personal de salud y la pareja que demanda el servicio, de manera que se posibilite la comunicación y mediante esta se establezca un compromiso mutuo para llevar a feliz término la gestación y el parto. Las dificultades de acceso al establecimiento de salud obstaculizan la búsqueda de atención por parte de la gestante.

(Cobos, 2013)

## **12. LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCION A LA INFANCIA**

**Art. 1.-** (Sustituido por el Art. 2 de la Ley 129, R.O. 381, 10-VIII-98 y reformado por el Art. 1 de la Ley 2005-14, R.O. 136, 31-X-2005).- Toda mujer tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y postparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos-nacidas y niños-niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado.

**Art. 2.-** (Sustituido por el Art. 3 de la Ley 129, R.O. 381, 10-VIII-98).- La presente Ley tiene como una de sus finalidades el financiamiento para cubrir los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres embarazadas, recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de cinco años de edad en las siguientes prestaciones:

a) **Maternidad:** Se asegura a las mujeres, la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad para control prenatal y, en las enfermedades de transmisión sexual los esquemas básicos de tratamiento (excepto SIDA), atención del parto normal y de riesgo, cesárea, puerperio, emergencias obstétricas, incluidas las derivadas de violencia intrafamiliar, toxemia, hemorragias y sepsis del embarazo, parto y post-parto, así como la dotación de sangre y hemoderivados. Dentro de los programas de salud sexual y reproductiva se cubre la detección oportuna de cáncer cérvico uterino y el acceso a métodos de regulación de la fecundidad, todos ellos según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública.

b) **Recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de 5 años de edad:** Se asegura la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad a los recién nacidos o nacidas y sanos o sanas, prematuros-prematuras de bajo peso, y/o con patologías (asfixia perinatal, ictericia, sufrimiento fetal y sepsis), a los niños o niñas menores de 5 años en las

enfermedades comprendidas en la estrategia de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) y, sus complicaciones todo ello según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública.

(Ministerio de Salud Publica del Ecuador (MSP), 2008)

### **13. EL ENFOQUE INTERCULTURAL EN LAS LEYES DE SALUD MATERNA EN EL ECUADOR.**

Para analizar los servicios de salud materna que consideran la pertinencia cultural de la atención, partimos de la conceptualización de dichos servicios como aquellos que incluyen la información y atención sanitaria brindada a una mujer desde el inicio de su embarazo, durante el parto y el puerperio. Además extendemos el análisis a la planificación familiar o anticoncepción (incluida la anticoncepción de emergencia), originalmente concebida como parte de los servicios de salud reproductiva.

En función de esta conceptualización hemos identificado áreas de atención materno-infantil dentro de las cuales es posible detectar iniciativas de adecuación cultural de los servicios de salud ofrecidos por el MSP:

- Prevención del embarazo
- Identificación del embarazo
- Control prenatal
- Parto
- Post-parto inmediato
- Atención al recién nacido

(Ministerio de Salud Publica del Ecuador (MSP), 2008)

## **e. METODOLOGIA**

### **TIPO DE ESTUDIO**

El presente trabajo investigativo es de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal.

### **AREA DE ESTUDIO**

Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja, ubicado en la Av. Manuel Agustín Aguirre, entre las calles Manuel Monteros y Juan José Samaniego.

### **UNIVERSO**

Todas las pacientes gestantes a término y en puerperio inmediato ingresadas en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja en el periodo de Mayo a Octubre del 2015.

### **MUESTRA**

Todas las gestantes a término y puerperio inmediato que tienen menos de cinco controles prenatales, ingresadas en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja en el periodo de Mayo a Octubre del 2015.

### **CRITERIOS DE INCLUSION**

1. Todas las pacientes gestantes a término y en puerperio inmediato que se realizaron menos de cinco controles prenatales

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

1. Todas las pacientes gestantes y en puerperio inmediato que se realizaron más de cinco controles prenatales

## CRITERIOS ÉTICOS

El trabajo que se realizará se cumplirá de manera confidencial y bajo total anonimato la identidad de cada una de las pacientes.

## TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Se elaboró un formulario para recolección de datos (Anexo 1).

Se recolectó la información en el formulario y se utilizaron datos de las historias clínicas de las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

## PLAN DE ANALISIS

Una vez levantada la información, y para obtener los respectivos resultados se procederá a la tabulación mediante el programa de Microsoft office Excel 2010 y su análisis respectivo, los resultados serán presentados en tablas y gráficos.

## ESQUEMA DE VARIABLES

Variable Independiente	Variable Dependiente
Factores relacionados	Control prenatal

### 5.11. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

#### Variable independiente

Variable	Definición	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo expresado en años	H.C Perinatal	-14-17 -18-21 -22-25 -26-29 -30-33 -34-37 -38-41

Estado civil	Situación actual de las personas determinada por sus relaciones de familia que establece ciertos derechos y deberes.	H.C Perinatal	-Casada -Soltera -Unión libre -Viuda -Divorciada
Instrucción	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso.	Ídem	-Primaria Secundaria -Superior -Ninguna
Sector de residencia	Hecho de vivir en un lugar determinado	Ídem	-Urbano -Rural
Gestas previas	Numero de gestas o embarazos en un determinado tiempo	Ídem	Primigesta Segundigesta De 3-5 > 6
Embarazo planificado	Es aquel que se produce con el deseo y/o planificación previa	Ídem	Si No
Causas de inasistencia al control prenatal	Razones o motivos por los cuales la gestantes no acudio oportunamente al control prenatal.	Ídem Entrevista	Falta de interés Desconocimiento Distancia Ocultar embarazo No querer ir sola No permiso en trabajo

**Variable dependiente:**

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>
Control Prenatal	Actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a.	Número de controles según H.C perinatal	-De 0-2 -De 3-5

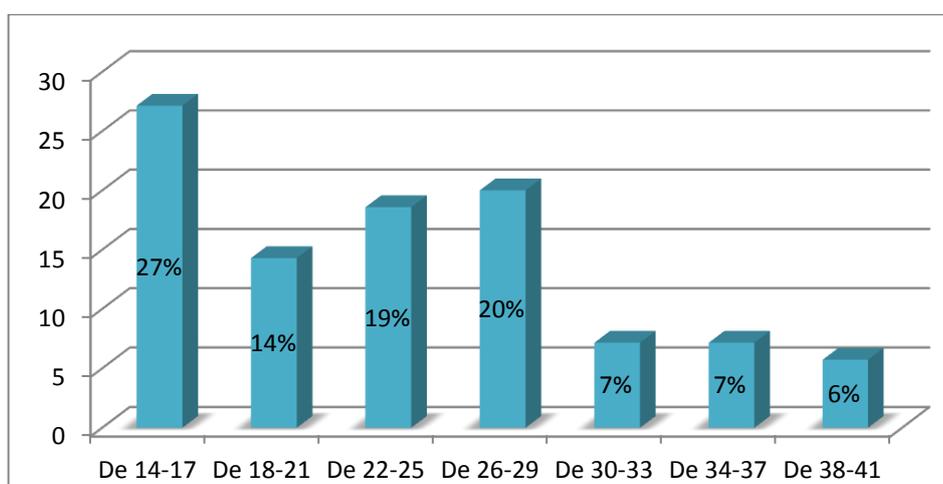
## f. RESULTADOS

### TABLA # 1

#### 1. Edad de la gestante

EDAD EN AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De 14-17	19	27
De 18-21	10	14
De 22-25	13	19
De 26-29	14	20
De 30-33	5	7
De 34-37	5	7
De 38-41	4	6
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

### GRAFICO # 1



**Fuente: Historias clínicas del Hospital Isidro Ayora-Loja**  
**Elaborado por: Vásquez Jiménez Darwin Fernando**

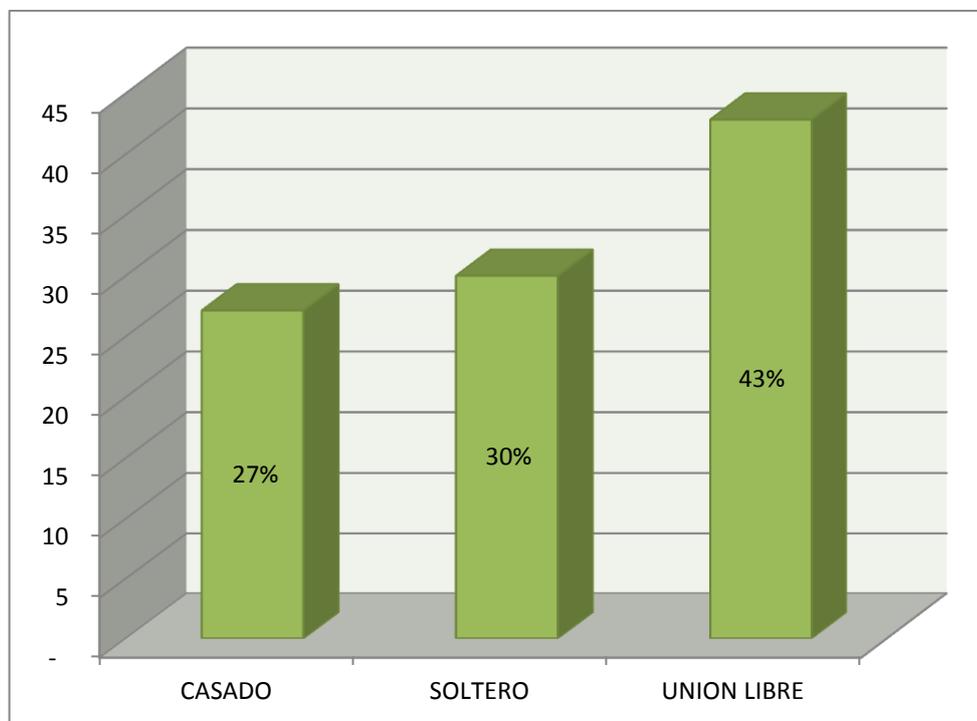
Con respecto a la edad de las pacientes, la mayoría de ellas que corresponde al 27% son adolescentes, comprendidas entre las edades de 14 y 17 años, mientras que el 20% se encuentran entre los 26 y 29 años, el 19% entre 22 y 25 años, el 14% corresponden al grupo etario entre 18 y 21 años, y la minoría de ellas corresponden a gestantes añosas.

**TABLA # 2**

**2. Estado civil de la gestante**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>CASADO</b>	19	27
<b>SOLTERO</b>	21	30
<b>UNION LIBRE</b>	30	43
<b>TOTAL</b>	70	100

**GRAFICO # 2**



**Fuente: Historias clínicas del Hospital Isidro Ayora-Loja  
Elaborado por: Vásquez Jiménez Darwin Fernando**

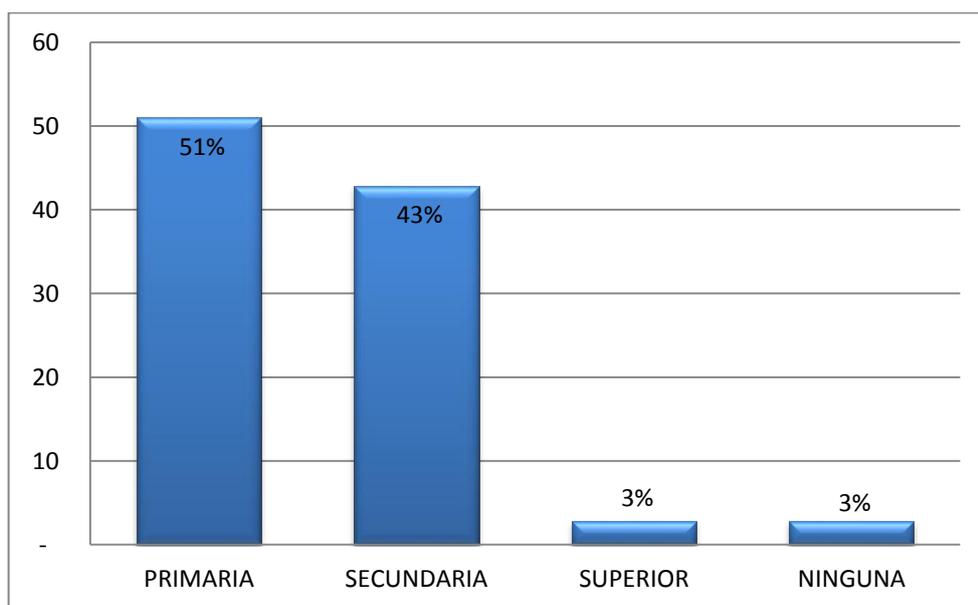
En lo que se refiere al estado civil, el 43% se encuentran en unión libre, definiendo como tal la convivencia de por lo menos un año con sus actuales parejas. El 30% son solteras y 27% se encuentran casadas.

**TABLA # 3**

**3. Grado de instrucción**

<b>INSTRUCCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>PRIMARIA</b>	36	51
<b>SECUNDARIA</b>	30	43
<b>SUPERIOR</b>	2	3
<b>NINGUNA</b>	2	3
<b>TOTAL</b>	70	100

**GRAFICO # 3**



**Fuente: Historias clínicas del Hospital Isidro Ayora-Loja  
Elaborado por: Vásquez Jiménez Darwin Fernando**

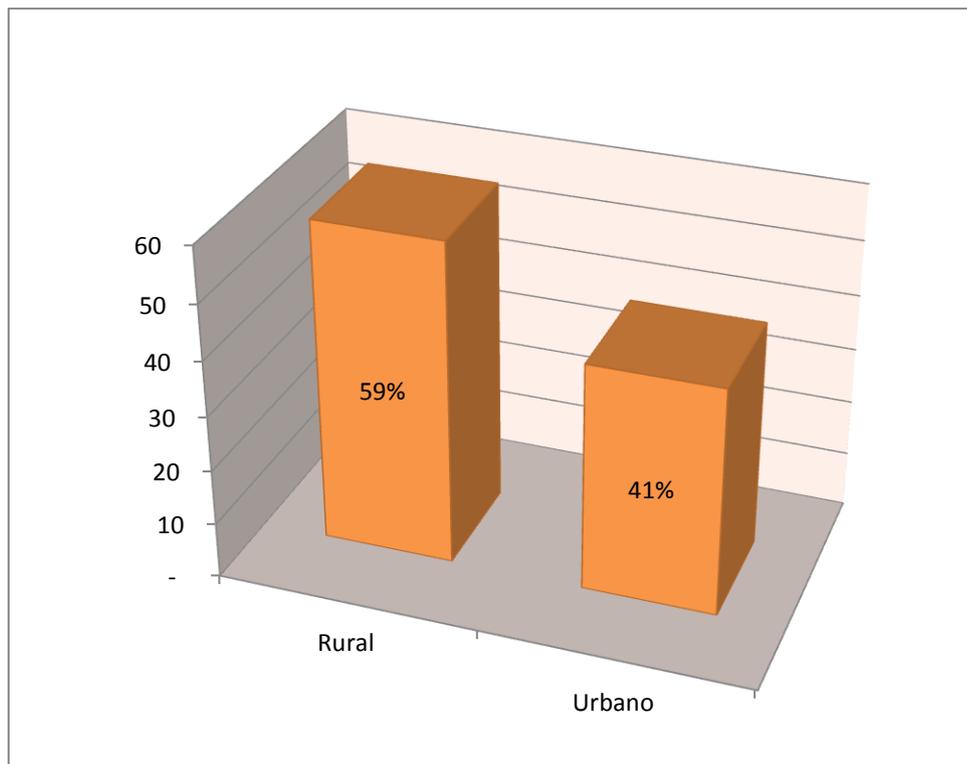
Del 100% de las gestantes, el 51% solo han estudiado hasta la primaria, mientras que el 43% estudiaron hasta la secundaria, en la cual la mayoría de ellas tuvieron que abandonar sus estudios, además el 3% no tuvieron ninguna clase de formación académica y solamente el 3% restante cursaron con estudios superiores.

**TABLA # 4**

**4. Sector de residencia**

SECTOR DE RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Rural	41	59
Urbano	29	41
TOTAL	70	100

**GRAFICO # 4**



**Fuente: Historias clínicas del Hospital Isidro Ayora-Loja  
Elaborado por: Vásquez Jiménez Darwin Fernando**

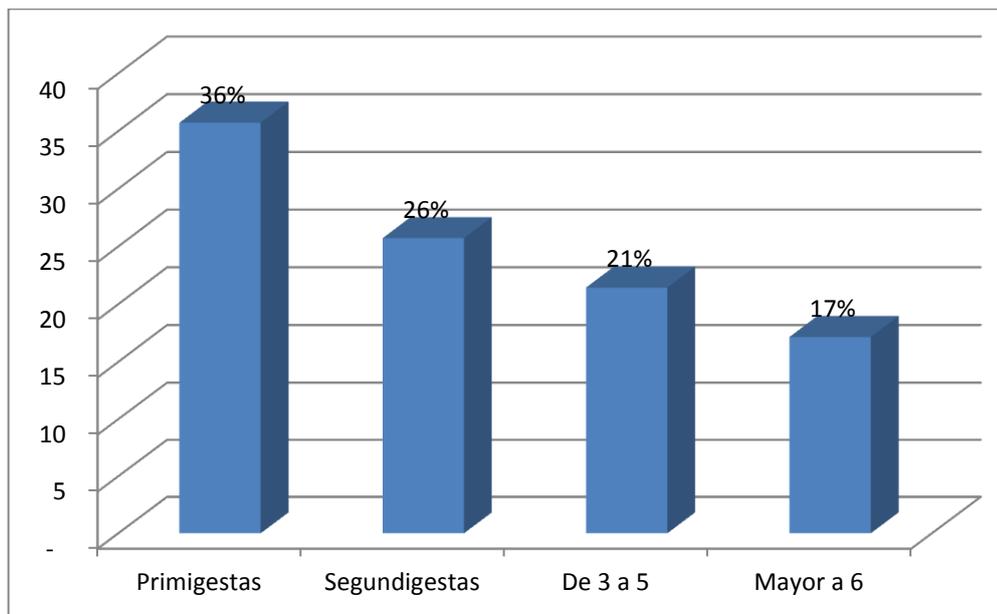
Del total de las pacientes el 59% de ellas viven en zonas rurales, frente a un 41% que viven en zonas urbanas.

**TABLA # 5**

**5. Número de gestas**

<b>NUMERO DE GESTAS</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Primigestas</b>	25	36
<b>Segundigestas</b>	18	26
<b>De 3 a 5</b>	15	21
<b>Mayor a 6</b>	12	17
<b>TOTAL</b>	70	100

**GRAFICO # 5**



**Fuente: Historias clínicas del Hospital Isidro Ayora-Loja**  
**Elaborado por: Vásquez Jiménez Darwin Fernando**

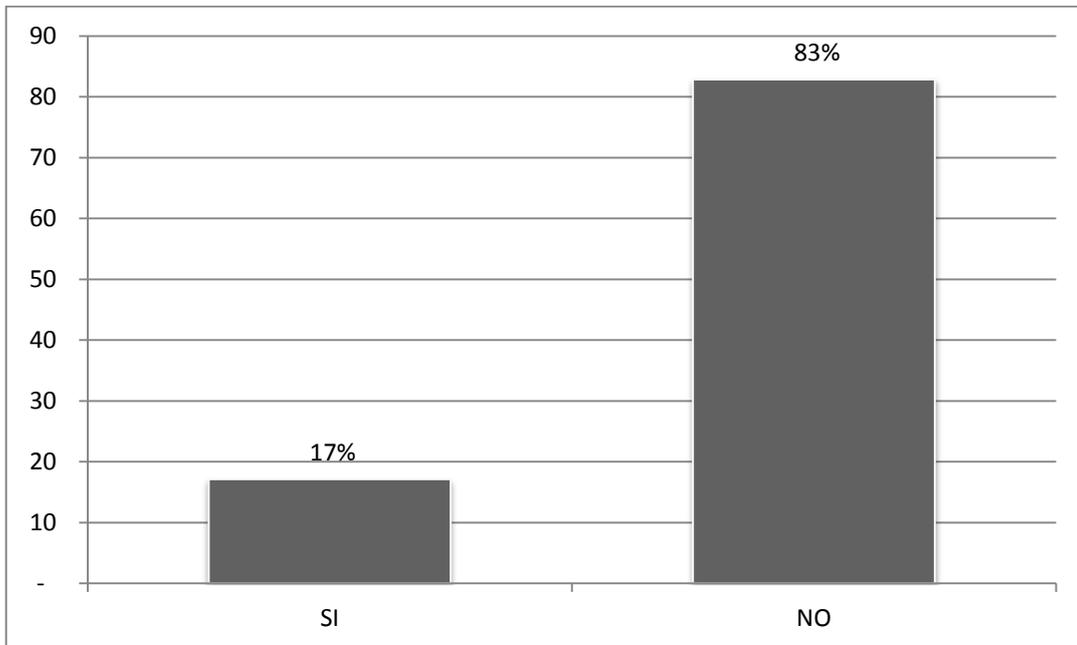
Referente a los antecedentes obstétricos, la mayoría son primigestas correspondiente al 36%, seguido de un 26% que son segundigestas. El 21 % corresponde a las pacientes que tienen entre 3 y 5 gestas, mientras que el 17% tienen más de 6 gestas.

**TABLA # 6**

**6. Planificación de embarazo**

<b>EMBARAZO PLANIFICADO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SI</b>	12	17
<b>NO</b>	58	83
<b>TOTAL</b>	70	100

**GRAFICO # 6**



**Fuente: Historias clínicas del Hospital Isidro Ayora-Loja**  
**Elaborado por: Vásquez Jiménez Darwin Fernando**

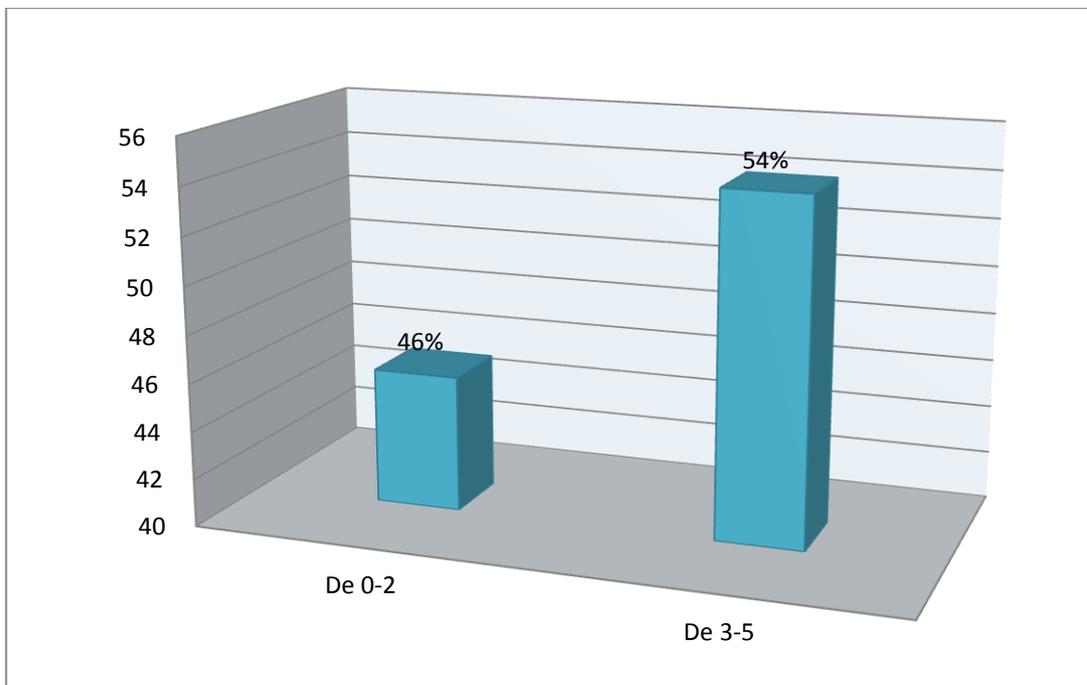
El grafico nos demuestra que el 83% de las gestantes no planificaron su embarazo, y apenas el 17% si lo hicieron.

**TABLA # 7**

**7. Número de controles prenatales**

<b>CONTROLES PRENATALES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>De 0-2</b>	32	46
<b>De 3-5</b>	38	54
<b>TOTAL</b>	70	100

**GRAFICO # 7**



**Fuente: Historias clínicas del Hospital Isidro Ayora-Loja**  
**Elaborado por: Vásquez Jiménez Darwin Fernando**

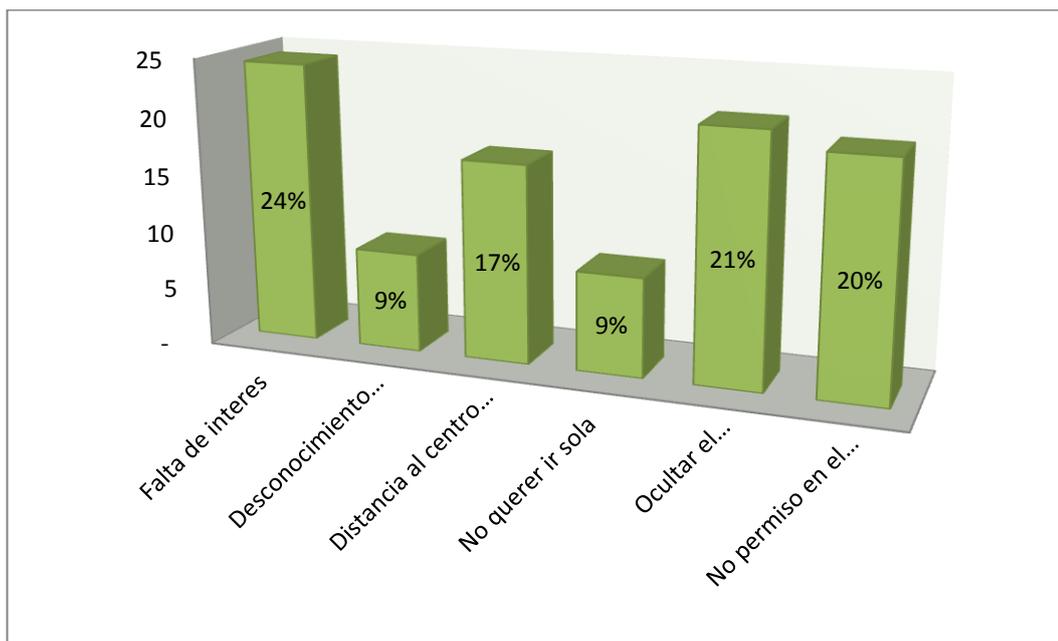
Con respecto a los controles prenatales, el 54% acudieron a realizarse de 3 a 5 controles, paralelamente el 46% corresponde a las gestantes que se realizaron entre 0 y 2 controles prenatales en todo el embarazo.

**TABLA # 8**

**8. Motivo de inasistencia al control prenatal**

MOTIVO DE INASISTENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Falta de interés	17	24
Desconocimiento de la gestación	6	9
Distancia al centro de salud	12	17
No querer ir sola	6	9
Ocultar el embarazo de la sociedad	15	21
No permiso en el trabajo o estudio	14	20
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

**GRAFICO # 8**



**Fuente: Historias clínicas del Hospital Isidro Ayora-Loja**  
**Elaborado por: Vásquez Jiménez Darwin Fernando**

El 24% de las gestantes no acuden a los controles por falta de interés, seguido de un 21 % que refieren no acudir por ocultar su embarazo ante la sociedad, el 20% no concurren por no obtener permiso en el trabajo o centro de estudio; 17% debido a la distancia hacia el establecimiento de salud; 9% por no querer ir sola y el 9% restante por desconocimiento de su estado de gestación.

## **g. DISCUSIÓN**

La muerte materna y neonatal se ha convertido en un gran problema de salud pública, la mayoría de ellas según lo demuestran varios estudios pueden ser prevenibles con controles regulares durante el embarazo. A pesar de las distintas campañas destinadas a promover la asistencia a dichos controles, todavía existe un gran número de gestantes que no controlan periódicamente su embarazo. El presente estudio tuvo como propósito obtener información sobre los factores relacionados con la falta de control prenatal para lo cual se seleccionó 70 gestantes que tenían menos de cinco controles prenatales.

Un estudio poblacional de Carolina del Norte, (Harper, Byington, Speland, & etc, 2003) observaron que el riesgo de muerte materna relacionada con el embarazo disminuye cinco veces entre la mujeres que reciben atención prenatal. Hay otros estudios que certifican la eficacia del control prenatal, (Herbst etc, al 2003) observaron que la falta de atención prenatal, se relaciona con un aumento al más del doble de partos prematuros. (Williams, 2011)

En Ecuador “Por ejemplo, en el período 1999 – 2004 apenas un 57,5 % de mujeres cumplieron con la norma del MSP de realizarse al menos cinco controles prenatales” (Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social CEPAR, 2005)

Un estudio publicado por la revista Obstétrica Ginecológica de Venezuela en el año 2009, el cual tenía como objetivo conocer qué factores personales (epidemiológicos, socioeconómicos), institucionales y médicos están relacionados con la inasistencia a la consulta prenatal. El estudio fue realizado en el Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Puerto Cabello, Estado Carabobo, aplicaron entrevistas y encuestas, en 1000 pacientes que en el embarazo actual o pasado no se controlaron durante el año 2008 y obtuvieron los siguientes resultados: En factores epidemiológicos, predominó residencia en barrios (57,2 %), educación secundaria (59,7%), estado civil soltera (48,1 %) y la edad entre 20-29 años (40,4 %). Con los factores sociales, dominó el domicilio lejano (52,3 %), en los económicos, el desempleo (27,3 %) y en la educación prenatal, el desconocimiento de la importancia del control (48,8 %). En los factores

institucionales fue determinante el ambiente inadecuado de la consulta (39,2 %) y la ubicación lejana del centro de salud (19,3 %). En factores de atención médica refirieron, consulta de baja calidad (29,8 %), seguida de la opinión de pocas horas de consulta (23,2 %) (Faneite, y otros, 2009).

Existe un gran número de estudios en América Latina y Ecuador como el descrito anteriormente acerca de los factores relacionados con la falta de control prenatal en donde la mayoría describen resultados similares a los encontrados en el presente estudio.

Uno de los factores relacionados con la inasistencia a controles prenatales es la edad materna, en el presente estudio la mayoría de las gestantes se encontraba entre las edades de 14-17 años que corresponde al 27% del total de la población estudiada. Datos parecidos revela un Estudio realizado en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Salvador en Chile refiere que los datos van a diferir de región a región ya que al año 2000 según (Servicio de Salud Metropolitano Oriente) se determinó una edad promedio de embarazadas fue 18,6 años (Gonzalez, Molina, & Caba, 2002).

En lo que se refiere al estado civil, en esta investigación el 43% estaban en unión libre, el 30% eran solteras y apenas el 27% se encontraban casadas. Datos similares se presentan en un estudio publicado por la Revista Médica Uruguay (2012), en donde concluyeron que el 60% se encontraban en unión libre, definiendo como tal la convivencia de por lo menos un año con sus actuales parejas. El 33,3% eran solteras y únicamente 6% estaban casadas (Verde, y otros, 2012). Según un estudio "Las gestantes que se encuentran casadas tienen mayor facilidad de afrontar las diversas complicaciones del embarazo con relación a las gestantes que tienen que afrontarlo sin compañero lo que indica claramente que esto le crea depresión, soledad, dudas entre otros lo cual puede generarse complicaciones al embarazo" (Arcos C, Alvarez J, Benavidez H, Cortes O, & Rosero J, 2008)

Según el (ENDS, 2010) Embarazo y maternidad de adolescentes en Colombia se constata que los porcentajes más altos de embarazos se presenta en madres sin educación (55%) o solo con educación primaria (46.5%). Tales cifras reflejan el rol esencial que juega la escolarización de las mujeres a la hora de controlar y prevenir complicaciones el embarazo, presentando una clara similitud con este estudio en donde el 51% estudiaron hasta la primaria, el 43% hasta la secundaria, el 3% no tuvieron ninguna clase de formación académica y solamente el 3% restante cursaron con estudios superiores.

En cuanto al lugar de residencia, en este estudio el 59% de ellas viven en zonas rurales, frente a un 41% que viven en zonas urbanas. Datos similares se muestra el ENDS 2010 Embarazo y maternidad de adolescentes en Colombia, refiere que al apreciar las zonas geográficas el 82.7% de madres gestantes son de zonas rurales y 17.3% proviene de zonas urbanas (ENDS, 2010).

En lo referente a los antecedentes obstétricos, un estudio realizado en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el 2009, revela que 18,5% de las pacientes eran primigestas, 44,5% presentaron de una a tres gestas previas, mientras que 37% fueron multigestas (Verde, y otros, 2012). A diferencia con este estudio que el 36% eran primigestas, el 26% segundigestas, el 21% tenían de 3 a 5 gestas y el 17% tenían más de 6 gestas.

En el estudio realizado por los doctores Verde María, Varela Lucia, Episcopo Cecilia etc, el 82,2% son embarazos no planificados (Verde, y otros, 2012) siendo prácticamente idénticos con este estudio donde el 83% de las gestantes no planificaron su embarazo.

Con respecto al número de controles prenatales, en el presente estudio el 54% acudieron a realizarse de 3 a 5 controles y el 46% corresponde a las gestantes con menos de 2 controles. Datos similares encontramos en el estudio realizado por Enríquez Marco en el canton Quero donde el 42.8 tenía de 1 a 3 controles y el 35.7% tenía de 4-6 controles (Enriquez, 2013)

Con respecto al análisis de las causas por las cuales estas pacientes no controlan sus embarazos, 48,9% refiere falta de interés frente al control, siendo la más frecuente independientemente de la edad y paridad de la paciente, seguida de 17,8% que refiere no poder concurrir por tener hijos a su cargo; 10,4% por falta de carné de asistencia; 7,4% por falta de ginecólogo o partera en policlínica de referencia; 4,5% por falta de dinero, y 3,6% por policlínica distante (Verde, y otros, 2012). Comparado con el presente estudio ambos coinciden en que la causa principal por el cual las gestantes no controlaron su embarazo fue la falta de interés.

Como podemos verificar la mayoría de estos factores de riesgo son modificables, algunos de ellos requieren control estricto para evitar complicaciones materno-fetales, y casi todos ellos son prevenibles, por lo tanto nuestro deber es tratar de prevenir, detectar y evitar los distintos factores relacionados con la falta de control prenatal que pudieran influir negativamente en el curso normal del embarazo y de esta manera cumplir con los objetivos de alcanzar cero muertes materno-fetales.

## **h. CONCLUSIONES**

De acuerdo al análisis e interpretación de los resultados obtenidos se llega a las siguientes conclusiones:

- Los principales factores relacionados con la falta de control prenatal son: el lugar de residencia, embarazos no deseados, embarazo a temprana edad, nivel bajo de instrucción ya que la mayoría solo poseen educación primaria.
- De todas las gestantes que no controlan periódicamente su embarazo, el 54% se realizan solamente de 3 a 5 controles y un 46% se realizan menos de 2 controles, así mismo la mayor parte de las pacientes estudiadas son gestantes adolescentes entre 14 y 17 años y las gestantes que se encuentran en unión libre representan un mayor porcentaje de inasistencia a los controles prenatales en relación con las gestantes solteras y casadas.
- Las gestantes multíparas en conjunto representan una mayor tasa de inasistencia a los controles prenatales en relación con las primigestas, aunque ordenadas en intervalos iguales según la cantidad de gestas los resultados son directamente proporcionales ( a mayor número de gestas mayor cantidad de controles), de tal manera que las pacientes primigestas siendo la mayor parte adolescentes representan un factor relacionado con la falta de control prenatal.
- Dentro de los factores personales los principales motivos por los cuales no asistieron al control prenatal son: la falta de interés, por ocultar el embarazo de la sociedad en el caso de las gestantes adolescentes, y por la falta de permiso en el trabajo o centro de estudio.

## I. RECOMENDACIONES

- Teniendo en cuenta que la mayoría de los factores relacionados con la falta de control prenatal son modificables, debemos trabajar en conjunto tanto las instituciones de salud como todo el personal médico mejorando las estrategias educativas en especial en aquellas pacientes adolescentes inexpertas o pacientes añosas que provienen de áreas rurales incentivándolas a que acudan a controles periódicos.
- Las campañas de educación no solo deben estar enfocadas en las gestantes durante un control prenatal, estas deben empezar antes del embarazo (control preconcepcional), especialmente en mujeres con factores de riesgo.
- Como profesionales de la salud debemos atender con calidad y calidez a todas las gestantes y poner mayor énfasis especialmente en el primer control prenatal ya que de la buena atención de este influirá en la asistencia de los demás controles subsiguientes.
- Las instituciones educativas y empresas de trabajo deben contar con reglamentos estrictos enfocados en el control del embarazo y así disminuir la tasa inasistencia a los controles por falta de permiso en los sitios de trabajo
- Realizar estudios periódicamente en diferentes zonas del país para de esta manera definir y prevenir con exactitud los factores que llevan a las pacientes gestantes a no acudir consecutivamente al control prenatal.

## j. BIBLIOGRAFIA

- American Academic of Pediatrics y American College Of Obstetricians and Gynecologists. (2007). Control prenatal. En Williams, *Obstetricia* (pág. 190). Mexico: Mc Graw Hill.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2004-2005). Deteccion de enfermedades geneticas. En Williams, *Obstetricia* (pág. 200). Mexico: Mc Graw Hill.
- Arcos C, Alvarez J, Benavidez H, Cortes O, & Rosero J. (2008). *seguimiento a las gestantes con preeclampsia – eclampsia atendidas en las empresas sociales del estado en instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Municipio de Cumbal (Tesis de pregrado)*. San Juan de Pasto.
- Baeza, B. (2007). Identificacion de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes . *Revista chilena Obstetrica-Ginecologica*.
- Barrientos, M., Garcia, R., Gomez, G., Gomez, M., Gomez, M., Orobon, M., . . . Rodriguez, R. (2012). Guia de control y seguimiento del embarazo en atencion primaria. 5.
- Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social CEPAR. (2005). *Encuesta Demográfica de Salud materna e Infantil*. Ecuador.
- Cobos, L. (Junio de 2013). *factores que influyen en la atencion prenatal en adolescentes que acuden a la consulta del Subcentro salud Zapotal (tesis pregrado)*. Obtenido de Universidad Estatal, Peninsula de Santa Elena, Ecuador:  
<http://repositorio.upse.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/46000/998/LIBETH%20COBOS%20-%20TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Drife, J., & Magowan, B. (2010). *Ginecologia y Obstetricia Clinicas*. Ramsden.
- ENDS. (2010). *Embarazo y maternidad de Adolescentes en Colombia*. Obtenido de <http://www.equidadmujer.gov.co/OAG/Documents/Salud-EstadoEmbarazo-maternidad-Adolecentes.pdf>

- Enriquez, M. (2013). *Factores que inciden en la adherencia al control prenatal en mujeres gestantes en el subcentro de salud del canton Quero (tesis de pregrado)*, Universidad Tecnica . Ambato, Ecuador.
- Faneite, P., Rivera, C., Rodriguez, F., Amato, R., Moreno, S., & Cangemi, L. (2009). Consulta prenatal: motivos de inasistencia. *Rev Obstet-Ginecol*, 149.
- Gonzalez, E., Molina, T., & Caba, F. (2002). Variables personales y familiares que se asocian al comportamiento sexual y reproductivo de jóvenes varones sexualmente activos. *Resúmenes IV Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología Infanto-juvenil*, 13.
- Harper, M., Byington, R., Speland, M., & etc. (2003). Pregnancy-related death and health care services. *Obstet Ginecol*, 102-273.
- Ibañez LP, & fabre E. (2007). Consulta preconcepcional. En J. Bajo Arenas, M. Melchor , & Merce LT, *Fundamentos de Obstetricia* (pág. 217). Madrid: ENE.
- Lumley , J., Watson, L., & Bower, C. (2000). Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing. *The Cochrane Library*.
- Mahomed, K. (2000). Suplementos de yodo, folato y hierro en areas deficitarias. *Cochrane Review*.
- Ministerio de Salud de la Nacion. (2001). El cuidado prenatal. *Guia para la practica del cuidado preconcepcional y del control prenatal*, 5-6.
- Ministerio de Salud Publica del Ecuador (MSP). (2008). *Componente Normativo Materno, Control prenatal*. Quito.
- Ministerio de Salud Publica del Ecuador (MSP). (2008). *Direccion de normatizacion, Mejoramiento continuo de la calidad de atencion Materno Neonatal, Componente normativo Materno Neonatal*. Quito.
- Mirabal , G. (2002). Repercusion biologica, psiquica y social del embarazo en la adolescencia. *Revista cubana de enfermeria*.

- Organizacion Panamericana de La Salud y Organizacion Mundial de la Salud. (2000). *Boletín del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP)*. Montevideo.
- Ruiz, J., Romero, E., & Moreno, G. (2008). Factores de riesgo de salud materno infantil en madres adolescentes,. *Colombia*.
- Salvador, J. (2010). Situacion Psicosocial de las adolescentes. *Salud Publica-Mexico*.
- Secretaria de Salud. (2008). *Guia de Practica Clinica para el Control prenatal con Enfoque de Riesgo*. Mexico: CENETEC.
- Tejada, A. (2008). Influencia de algunos factorres socioeconomicos y educacionales en la mitad de las primigestas adolescentes hacia su embarazo. *Hospital maternidad-Lima*.
- Verde, M., Varela, L., Episcopo, C., Garcia, R., Briozzo, L., Impallomeni, I., & Alonso, J. (2012). Embarazo sin control. *Revista Medica Uruguaya*, 100-107.
- Williams. (2011). *Obstetricia*. (J. d. Fraga, Ed.) Mexico DF: Mc Graw Hill.



**k. ANEXOS**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**AREA DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS DE LAS GESTANTES  
ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA-LOJA, AÑO 2015**

**Objetivo.-** Obtener datos sobre los factores que influyen en la inasistencia al control prenatal.

**1. Edad de la gestante**

De 14-17\_\_\_\_\_ De 18-21\_\_\_\_\_ De 22-25\_\_\_\_\_ De 26-29\_\_\_\_\_ De 30-33\_\_\_\_\_  
De 34-37\_\_\_\_\_ De 38-41\_\_\_\_\_

**2. Estado civil**

Casada\_\_\_\_\_ Soltera\_\_\_\_\_ Unión libre\_\_\_\_\_

**3. Grado de instrucción**

Primaria\_\_\_\_\_ Secundaria\_\_\_\_\_ Superior\_\_\_\_\_ Ninguna\_\_\_\_\_

**4. Sector de residencia**

Urbano\_\_\_\_\_ Rural\_\_\_\_\_

**5. Número de gestas**

Primigesta\_\_\_\_\_ Segundigesta\_\_\_\_\_ De 3-5\_\_\_\_\_ De 6-8\_\_\_\_\_ >9\_\_\_\_\_

**6. Embarazo planificado**

Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

**7. Número de Controles**

De 0-2\_\_\_\_\_ De 3-5\_\_\_\_\_

**8. Motivo de inasistencia al control prenatal**

- a) Falta de interés \_\_\_\_\_
- b) Por desconocer que estaba embarazada \_\_\_\_\_
- c) Distancia al establecimiento de salud \_\_\_\_\_
- d) No querer ir sola \_\_\_\_\_
- e) Por ocultar el embarazo de la sociedad \_\_\_\_\_
- f) No conseguir permiso en el trabajo o centro de estudio \_\_\_\_\_

*Elaborado por: Vásquez Fernando*

Loja, Septiembre del 2015

Dr.  
**Jorge Guapulema**  
**DIRECTOR MEDICO DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA-LOJA**  
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Yo **Darwin Fernando Vásquez Jiménez**, con cedula de identidad N° 1104779978, egresado de la carrera de Medicina, por medio de la presente me dirijo ante su digna autoridad para solicitarle muy comedidamente se me permita recolectar información de las Historias clínicas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital por usted representado, dicha información servirá para realizar mi tesis denominada: **“FACTORES RELACIONADOS CON LA FALTA DE CONTROL PRENATAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA-LOJA, EN EL AÑO 2015”**.

Por la favorable atención que se digne dar a la presente, le antelo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente,

.....  
**Darwin Fernando Vásquez Jiménez**  
**Investigador CI: 1104779978**



## ÍNDICE

CERTIFICACIÓN .....	ii
AUTORÍA .....	¡Error! Marcador no definido.
CARTA DE AUTORIZACIÓN .....	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO .....	vi
a. TÍTULO .....	7
b. RESUMEN .....	8
SUMMARY.....	9
c. INTRODUCCION .....	10
d. REVISION DE LITERATURA.....	12
1. CONSULTA PRECONCEPCIONAL.....	12
2. CONTROL PRENATAL.....	13
3. CARACTERISTICAS DEL CONTROL PRENATAL .....	13
3.1. COMPLETO E INTEGRAL .....	13
3.2. PRECOZ.....	14
3.3. ENFOQUE INTERCULTURAL.....	14
3.4. PERIODICO.....	14
3.5. AFECTIVO.....	14
4. JUSTIFICACIÓN DEL CONTROL DE EMBARAZO DESDE ATENCIÓN ...	15
PRIMARIA.....	15
5. EFICACIA DE LA ATENCION PRENATAL.....	15
6. FACTORES DE RIESGO.....	17
6.1. Características individuales o condiciones socio demográficas desfavorables. ....	17
6.2. Historia reproductiva anterior .....	17

6.3. Desviaciones obstétricas en el embarazo actual.....	18
6.4. Enfermedades clínicas.....	18
7. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCION PRENATAL.....	19
7.1. ATENCIÓN PREVIA A LA CONCEPCIÓN .....	19
7.2. DIAGNOSTICO DE EMBARAZO.....	19
7.3. VALORACIÓN PRENATAL INICIAL .....	19
7.4. CONSULTAS PRENATALES SUBSIGUIENTES .....	20
8. ASESORAMIENTO PARA REDUCIR DEFECTOS CONGENITOS .....	20
8.1. Detección Especial para enfermedades genéticas .....	21
8.2. Características étnicas especiales.....	21
9. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA.....	22
10. MODELO DE ATENCIÓN DE LAS CONSULTAS PRENATALES .....	23
10.1. Primera consulta prenatal .....	23
10.2. Segunda consulta prenatal .....	26
10.3. Tercera consulta prenatal .....	28
10.4. Cuarta consulta prenatal .....	29
10.5. Ultima consulta prenatal .....	30
11. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO DE LA ATENCION PRENATAL .....	31
11.1. FAMILIA.....	32
11.2. PAREJA.....	33
11.3. ECONOMICO .....	34
11.4. EDUCACION .....	35
11.5. PSICOLOGICO.....	35
11.6. DEMOGRAFICO.....	37
12. LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCION A LA INFANCIA .....	38

13. EL ENFOQUE INTERCULTURAL EN LAS LEYES DE SALUD MATERNA EN EL ECUADOR.....	39
e. METODOLOGIA .....	40
f. RESULTADOS.....	44
g. DISCUSIÓN .....	52
h. CONCLUSIONES .....	56
i. RECOMENDACIONES .....	57
j. BIBLIOGRAFIA .....	58
k. ANEXOS .....	61
ÍNDICE .....	65