



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TÍTULO

**“FACTORES SOCIALES Y EPIDEMIOLÓGICOS Y SU
RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DEL
CONTROL PRENATAL”**

Tesis previa a la obtención
del título de Licenciado en
Enfermería

AUTORA:

Rosmery Beatriz Márquez Jiménez

DIRECTORA:

Lic. María Obdulia Sánchez Castillo. Mg. Sc.

**Loja – Ecuador
2018**

*No todos ocupan los
mejores puestos, sino
los más preparados,
aunque no sean genios.*

CERTIFICACIÓN

Lic. María Obdulia Sánchez Castillo, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICO:

Que he revisado y orientado en el marco del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja vigente, todo el proceso de desarrollo del trabajo investigativo titulado: **“FACTORES SOCIALES Y EPIDEMIOLOGICOS Y SU RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL”** de autoría de la Srta. **ROSMERY BEATRIZ MÁRQUEZ JIMÉNEZ**, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

Loja, 14 de Junio 2018

Atentamente,



Lic. María Obdulia Sánchez Castillo, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Rosmery Beatriz Márquez Jiménez, declaro ser la autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional- Biblioteca Virtual.



Firma:

Autora: Rosmery Beatriz Márquez Jiménez

Cédula: 1900740166

Fecha: 14 de Junio de 2018

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Rosmery Beatriz Márquez Jiménez, declaro ser autora del presente trabajo de tesis titulada **“FACTORES SOCIALES Y EPIDEMIOLÓGICOS Y SU RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL”**, como requisito para optar el grado de licenciada en Enfermería; 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 de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tengan convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 14 días del mes de junio de dos mil dieciocho, firma la autora.



Firma: _____

Autor: Rosmery Beatriz Márquez Jiménez

Cedula: 1900740166

Dirección: Celi Román entre las calles Benjamín Pereira y Alfredo Reyes Mora

Correo electrónico: rosmerybea18@hotmail.com

Teléfono: 0991134474

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis: Lic. María Obdulia Sánchez Castillo, Mg. Sc.

TRIBUNAL DE GRADO

Presidenta del tribunal: Estrellita Arciniega Gutiérrez Mg. Sc.

Vocal: Denny Caridad Ayora Apolo Mg. Sc.

Vocal: Judith Marlene Encalada Elizalde Mg. Sc.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

A mis padres, que con su sabiduría me han enseñado a no desvanecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos.

A mi Lic. María Sánchez directora de tesis, por brindarme su valiosa orientación, por el seguimiento y la supervisión continúa de la misma, pero sobre todo por la motivación y el apoyo recibido a lo largo de este tiempo.

De igual manera expreso mi agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja en especial a la Carrera de Enfermería y a los docentes por habernos transmitido sus sabios conocimientos y experiencias, quienes me guiaron para hacer una profesional con valores y principios éticos.

Gracias a todas aquellas personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

Autora

Rosmery Beatriz Márquez Jiménez

DEDICATORIA

La presente tesis la dedico principalmente a Dios por haberme dado la vida y salud para permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres Beatriz y José, por ser la motivación en mi vida, por su apoyo incondicional aunque se encuentren lejos, a mis hermanos por haber sido el pilar de mi vida, sus consejos, sus experiencias permitieron que nunca desvaneciera y siguiera adelante a pesar de tantos obstáculos.

A las docentes, licenciandas, que gracias a sus conocimientos y experiencias impartidas pudimos formarnos y lograr hoy una meta al alcanzar obtener nuestro título de Licenciadas (os) en Enfermería.

A mis pacientes y en general al Hospital Isidro Ayora de Loja que día a día nos permiten el privilegio de formarnos profesionalmente, a mis amigos con quienes recorrimos este largo camino lleno de sacrificios, fracasos y triunfos, quienes me motivaban diariamente a no desmayar y a seguir preparándonos en nuestra profesión.

Autora

Rosmery Beatriz Márquez Jiménez

ÍNDICE

CARÁTULA	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	vi
ÍNDICE	vii
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN	2
SUMMARY	3
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA	6
4.1. Control prenatal	6
4.2. Características del control prenatal	6
4.2.2. Precoz	7
4.2.3. Enfoque Intercultural	7
4.2.4. Periódico	7
4.3. Embarazo	8
4.3.1. Embarazo de bajo riesgo	8
4.3.2. Embarazo de alto riesgo	8
4.4. Diagnóstico de embarazo	8
4.5. Cuidados durante el embarazo	9
4.6. Cuidado directo	9
4.7. Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE)	10
4.8. Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) en atención prenatal.	10
4.9. La Consulta Preconcepcional	10
4.9.1. Primera consulta prenatal	11
4.10. Consultas prenatales subsiguientes	13
4.10.1. Segunda consulta prenatal	13
4.10.3. Cuarta consulta prenatal	15
4.10.4. Ultima consulta prenatal	16

4.11.	Factores Sociales que se asocian al cumplimiento de los controles prenatales .	17
4.11.1.	Ubicación Geográfica	18
4.11.2.	Edad y Estado Civil.	18
4.11.3.	Apoyo Familiar.....	18
4.11.4.	Dependencia Económica.....	19
4.12.	Factores epidemiológicos que se relacionan con el cumplimiento del control prenatal.	19
4.12.1.	Gestación Planificada.....	19
4.12.2.	Complicaciones durante la gestación.....	20
4.12.3.	Número, inicio y asistencia a los controles prenatales.	23
5.	METODOLOGÍA.....	24
6.	RESULTADOS	26
7.	DISCUSIÓN.....	36
8.	CONCLUSIONES	38
9.	RECOMENDACIONES	39
10.	BIBLIOGRAFÍA.....	40
11.	ANEXOS	44

1. TÍTULO

“FACTORES SOCIALES Y EPIDEMIOLÓGICOS Y SU RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL”

2. RESUMEN

El control prenatal, es uno de los pilares fundamentales en la que se basa la salud materna, y constituye una medida importante para evaluar el progreso de la gestación. El presente trabajo de investigación fue de tipo descriptivo- transversal, se planteó la identificación y análisis de los factores sociales y epidemiológicos que guardan relación con el cumplimiento del control prenatal, cuya información fue obtenida a través de una encuesta, aplicada a mujeres embarazadas a partir de los seis meses de gestación del Centro de Salud N°1 en el Cantón de Loja; los resultados demuestran cuales son los principales factores que se relacionan con el cumplimiento del control prenatal por parte de las gestantes, dentro de los factores sociales se identificó que más del 50% son de estado civil Unión libre, seguido de solteras y casadas, con respecto a la convivencia el 76% conviven con esposo e hijos, en un menor porcentaje con los padres; así mismo el 86% de las gestantes encuestadas sí reciben apoyo familiar mientras que el porcentaje restante no lo recibe; con respecto a los factores epidemiológicos se evidenció que el 82% de las gestantes tuvieron su primer control prenatal en el primer trimestre del embarazo, mientras que menos de la cuarta parte de ellas realizaron su primer control prenatal en el segundo trimestre del embarazo, en cuanto al número de controles prenatales, se evidenció que el 82% de gestantes se realizaron de 3 o más controles prenatales, cumpliendo con el número mínimo de controles prenatales según lo establecido por el MSP, accediendo de manera oportuna y precoz a los servicios de atención materna del Centro de Salud.

Palabras claves: Control Prenatal, Gestantes, Factores

SUMMARY

The prenatal control, it is one of the fundamental pillars on which maternal health is based, and is an important measure to evaluate the progress of pregnancy. The present research work was of a cross-sectional descriptive type, and the identification and analysis of the social and epidemiological factors related to the fulfillment of the prenatal control, whose information was obtained through a survey, applied to pregnant women from of the six months of gestation of the Health Center N°1 in the Canton of Loja; the results show which are the main factors that are related to the fulfillment of the prenatal control on the part of the pregnant women, within the social factors it was identified that more than 50% are of civil status Free Union, followed by single and married, with respect to coexistence 76% live with husband and children, in a lower percentage with parents; Likewise, 86% of pregnant women surveyed do receive family support while the remaining percentage does not receive it; Regarding epidemiological factors, it was evident that 82% of pregnant women had their first prenatal control in the first trimester of pregnancy, while less than a quarter of them performed their first prenatal check-up in the second trimester of pregnancy. The number of prenatal checkups showed that 82% of pregnant women had 3 or more prenatal check-ups, complying with the minimum number of prenatal check-ups as established by the MSP, accessing maternal care services in a timely and early manner of the Health Center.

Keywords: Prenatal Control, Pregnant, Factors

3. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, el 99%. En comparación con otras mujeres, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos (OMS, 2016).

El control prenatal (CPN), es uno de los pilares fundamentales en la que se basa la salud materna, y constituye una medida importante e imprescindible para vigilar el progreso de la gestación. Dicho control está constituido por una serie de consultas con diversas actividades dentro de las cuales esta identificar oportunamente los factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a.

Un control prenatal óptimo en el embarazo de bajo riesgo comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado (médico obstetra); la primera consulta prenatal se debe realizar durante el primer trimestre o preferentemente antes de las 12 semanas de embarazo, la segunda consulta prenatal se debe realizar en las semanas 22 a 24 de gestación, para la tercera consulta se deberá efectuar entre la semana 27-29 y dependiendo de la valoración de riesgo, es decir para el segundo trimestre de embarazo el número mínimo de controles prenatales deberá ser de tres controles prenatales, se estima que para la cuarta consulta prenatal debe efectuarse entre la semana 33 a 35 de embarazo y para la última consulta se ubicara entre 38 a 40 semanas de gestación (MSP, 2015).

En la actualidad la asistencia de las gestantes a los controles prenatales se ve limitada por diversos factores epidemiológicos y sociales presentes en el entorno que las rodea como es el caso del bajo nivel educativo, las largas distancias al centro de salud, bajos ingresos económicos, que son los causales para que la gestante asista a los servicios de salud para sus respectivos chequeos.

Por lo expuesto, se consideró pertinente realizar el presente estudio denominado factores sociales y epidemiológicos y su relación con el cumplimiento del control prenatal cuyo objetivo fue determinar los factores sociales y epidemiológicos y su relación con el cumplimiento del control prenatal, en mujeres embarazadas que acuden al Centro de Salud N° 1 del Cantón Loja

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1. Control prenatal

El control prenatal es 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/a. No obstante, el solo cumplimiento de estos controles no garantiza la calidad de la atención, pues se requiere que, en cada visita, el equipo de salud brinde un conjunto de actividades a la embarazada (MSP, SNS, 2015).

4.2. Características del control prenatal

4.2.1. Completo e Integral.- La atención del control prenatal debe ser por personal calificado, integrado por obstetra o médico general. La detección precoz del embarazo, nos permitirá detectar de manera oportuna la presencia de factores que puedan perjudicar al feto y la madre.

Control integral de la embarazada, la atención al control prenatal debe ser de fácil acceso para todas las embarazadas, debe brindar confianza a la embarazada, y debe ser completa en todos los ámbitos (MSP, 2015).

Dentro de esta característica se atenderá:

- Riesgo nutricional para evitar el bajo peso y por ende desnutrición en el embarazo.
- Detección de discapacidades y enfermedades perinatales.
- Maltrato sexual, violencia intrafamiliar y drogodependencia.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Consejería pre/posprueba de VIH/SIDA, detección y referencia.

- Enfermedades buco – dentales.
- Referencia de usuarias con riesgo obstétrico perinatal (MSP, SNS, 2015).

4.2.2. Precoz. El control prenatal debe iniciarse lo más temprano posible, enseguida exista la ausencia del periodo menstrual, (en el primer trimestre) por la relación entre la edad gestacional del primer control con los resultados del embarazo (MSP, SNS, 2015).

4.2.3. 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 (MSP, SNS, 2015)

4.2.4. Periódico. Se recomienda que el primer control sea realizado lo más pronto posible (primer trimestre del embarazo) y debe enfocarse a identificar y descartar patologías especiales. Aquellas embarazadas identificadas con riesgo de desarrollar complicaciones, deben ser referidas o transferidas a un nivel de atención de mayor complejidad. Se recomienda realizar como mínimo 5 consultas de atención prenatal, de acuerdo a lo establecido por la OMS. El primer control debe durar 40 minutos y los siguientes 20 minutos. En caso de que la embarazada realice su primer control tardíamente este durará mínimo 30 minutos (MSP, 2015).

4.2.5. Afectivo.- Toda embarazada debe ser bienvenida y atendida con calidez y calidad, los horarios de atención deben favorecer la concurrencia al control prenatal y en cuanto mayor el número de horas de atención, más elevado el número de mujeres que pueden concurrir (MSP, SNS, 2015).

4.3. Embarazo

Según la Organización de la Salud, OMS, 2016, el embarazo, gestación o gravidez, es el período de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia (OMS, 2016).

4.3.1. Embarazo de bajo riesgo. Embarazo de bajo riesgo son los embarazos controlados, los que se desarrollan las mujeres entre los 19 y 35 años de edad y estas son mujeres sin problema de salud aquel que no cursa con criterios de riesgo y recibe atención en Nivel I (MSP, SNS, 2015).

4.3.2. Embarazo de alto riesgo. Son los embarazos no controlados los que desarrollan en mujeres en edad menores de 18 años o superior a los 35 años y también las mujeres que han experimentado algún problema o patología durante el embarazo y recibirán Atención en Nivel II o II (MSP, SNS, 2015).

4.4. Diagnóstico de embarazo. El diagnóstico de embarazo casi siempre comienza cuando una mujer se presenta con síntomas o tal vez 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.

4.5. Cuidados durante el embarazo

- Acudir cada mes al médico u obstetra o cuando le cite.
- Cumplir con las prescripciones médicas
- Durante el embarazo el consumo de tabaco, la exposición al humo del tabaco y alcohol afectan tanto al feto como a la madre.
- El Uso habitual de fármacos deben ser evaluados por un profesional médico ya que existen sustancias que deben desaconsejarse por completo durante el embarazo.
- Consumir alimentos nutritivos y variados en el desayuno, almuerzo, merienda y entre comidas a media mañana y media tarde
- Planificar con métodos anticonceptivos por lo menos 2 años antes de un nuevo embarazo.
- Administración de vacuna antitetánica según esquema del Ministerio de Salud Pública.
- Control odontológico para descarta enfermedades periodontales.
- Cuidar la Higiene Personal, tener recreación y tranquilidad familiar.

4.6. Cuidado directo

- Seguimiento de los casos que incumplieron a los controles prenatales.
- Las visitas domiciliarias constituyen estrategias de prevención, proporciona una gama de servicios estructurados para poder localizar los motivos que hacen que la madre no asista regularmente a los controles.
- Aplicación de Inmunizaciones. Vacuna antitetánica: En gestantes sin esquema completo se debe realizar la prevención del tétanos a través de un plan de dos dosis, que se iniciará de acuerdo al biológico a administrar, se puede iniciar al momento de la captación de la embarazada o al segundo trimestre de embarazo y la segunda dosis

será al mes del primera dosis que le confiere inmunidad durante 10 años debiéndose reforzar con una nueva dosis cada 10 años; mientras que, en gestantes con esquema de antitetánica completo que hayan sido vacunadas dentro de los últimos 10 años, se les puede indicar solo un refuerzo en la semana 28.

- Control de signos vitales: Durante las visitas domiciliarias y citas a los controles prenatales se realiza a la madre la medición de la Presión arterial y control de peso, control de glicemia con la finalidad de prevenir cualquier complicación durante todo el periodo de gestación.

4.7. Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE)

Los cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE), se basan en la premisa de que una proporción de mujeres embarazadas, puérperas y recién nacidos tendrán complicaciones las cuales en gran parte no serán prevenibles por lo que es necesario estrategias rápidas y calidad para salvar sus vidas (Ministerio de Salud Pública, 2013).

4.8. Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) en atención prenatal.

Su finalidad es la detección y manejo inicial de embarazos con patologías, preparación y educación a la madre para el parto, administración de hierro oral y ácido fólico, toxoide tetánico, recomendaciones nutricionales y la prevención de infección de transmisión sexual (Ministerio de Salud Pública, 2013).

4.9. La Consulta Preconcepcional

El estado de salud de la madre durante la gestación va a depender en gran medida del

estado previo a la gestación. El principal objetivo de esta consulta es identificar las condiciones médicas y sociales en que se encuentran los miembros de la pareja, para de esta manera aumentar las probabilidades de tener resultados perinatales favorables. También se realizarán actividades tales como: anamnesis, exploración física, cribado de Chlamydia en menores de 25 años o con factores de riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria y suplementación farmacológica (0,4 mg/día de ácido fólico) (MSP, SNS, 2015).

4.9.1. 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. (MSP, 2015).

Independientemente de la edad gestacional, en la primera consulta, se recomienda que el profesional de la salud, realice las siguientes acciones:

- Apertura de historia clínica prenatal base y carné perinatal.
- Calcular la fecha probable de parto por Fecha de última menstruación en caso de duda sobre la edad gestacional corroborar con la primera ecografía realizada.
- Medir y registrar presión arterial (ver GPC Trastornos hipertensivos del embarazo).
- Medir y registrar el peso, talla y cálculo del IMC materno

- Determinar los factores de riesgos (modificables y no modificables).
- Solicitar grupo sanguíneo y factor Rh, biometría hemática y VDRL.
- Descartar incompatibilidad de grupo y factor Rh (Coombs indirecto).
- Descartar anemia.
- Suplementar ácido fólico 0,4 mg + 60 mg de hierro elemental diario.
- Detectar de diabetes gestacional, solicitar glucosa en ayunas
- Detectar VIH y hepatitis B. Realizar tamizaje de función tiroidea
- Buscar bacteriuria asintomática y proteínas en orina (examen elemental y microscópico de orina (ver guía infección de vías urinarias en la embarazada).
- Solicitar una ecografía de rutina entre las 11-14 semanas y/o, entre las 18- 24 semanas de gestación.
- Realizar la referencia de las embarazadas que presenten factores de riesgo para Síndrome de Down (edad materna avanzada > de 35 años, antecedentes familiares o personales de malformaciones congénitas, antecedentes de exposición a teratógenos, edad materna avanzada) a segundo o tercer nivel para tamizaje y asesoría genética.
- Examen odontológico.
- Programar los controles subsecuentes y registrar la fecha en la hoja de control y en el carné perinatal.
- 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.
- Enseñarle los signos y síntomas de alarma y orientar a donde asistir para su atención.
- Por último programar la siguiente consulta prenatal (MSP, 2015).

4.10. 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 (MSP, Control prenatal, 2015)

4.10.1. 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:

- 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.
- 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.

- Efectuar las Maniobras de Leopold. Estas se podrán realizar a partir de las 20 semanas.
- 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.
- 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 28semanas.
- Valorar la Hemoglobina (Hb). Una hemoglobina menor a 11 será considerada como anemia. A través de la química sanguínea descartar la posibilidad de diabetes gestacional.
- 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.
- Programar y registrar la siguiente consulta prenatal entre las 27 y 29 semanas (MSP, Control prenatal, 2015).

4.10.2. 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.
- Valorar el peso materno
- Valorar la presión arterial
- Realizar las maniobras de Leopoldo y poner mayor atención en la posición, presentación y situación del feto.
- Medir la altura uterina
- Valorar por palpación los movimientos fetales
- Investigar la presencia de signos y síntomas de alarma
- Valorar el riesgo perinatal durante la evolución del embarazo.
- Continuar con: La administración de hierro.
- Las actividades de Promoción a la Salud señaladas en la primera visita prenatal y refuerza los signos y síntomas de alarma.
- Preparación para el nacimiento, lactancia y crianza.
- Administrar la segunda dosis de toxoide tetánico (MSP, Control prenatal, 2015)

4.10.3. 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.
- Valorar el peso materno y signos vitales
- 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.
- Medir la altura uterina y poner énfasis en la cuarta maniobra.
- Valorar la frecuencia cardiaca fetal.
- Valorar por palpación los movimientos fetales.
- Revisar biometría hemática y el examen general de orina.
- Investigar la presencia de signos y síntomas de alarma.
- Valorar el riesgo perinatal durante la evolución del embarazo.
- Investigar las expectativas de la mujer y de su familia con relación al nacimiento.
- Continuar con la administrando hierro.
- Continuar con las actividades de promoción a la salud señaladas en la primera visita prenatal y reforzar los signos y síntomas de alarma.
- 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.
- Enfatizar la enseñanza de los datos que indican el inicio del trabajo de parto (MSP, Control prenatal, 2015).

4.10.4. 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:

- Corroborar la fecha probable de parto y obtener las semanas de gestación.
- Valorar el peso materno y signos vitales, teniendo énfasis en la presión arterial.
- 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.
- Medir la altura uterina.
- Valorar la frecuencia cardíaca fetal y los movimientos fetales.
- Revisar los resultados de la biometría hemática y examen general de orina.
- Investigar la presencia de signos y síntomas de alarma.
- Valorar el riesgo perinatal durante la evolución del embarazo.
- Investigar las expectativas de la mujer y de su familia con relación al nacimiento (MSP, Control prenatal, 2015).

4.11. Factores Sociales que se asocian al cumplimiento de los controles prenatales

El término social hace mención a los diferentes procesos y fenómenos que se relacionan con los aspectos sociales de una comunidad o sociedad y que están determinados por el entorno.

Los factores sociales en los que se desarrolla un individuo pueden afectar a su salud. Las diferencias socioeconómicas generan una desigualdad en salud que no solo incrementa la morbimortalidad general, si no que se traduce en una pequeña utilización de los servicios preventivos y de planificación, así como en un mayor porcentaje de hábitos

nocivos para la salud en los grupos más deprimidos.

En la actualidad los factores sociales están íntimamente relacionados con problemas en la atención de la mujer gestante, ya que estos actúan en muchos casos como barreras que limitan la accesibilidad de estas a los diferentes servicios de salud.

4.11.1. Ubicación Geográfica. Al decir ubicación geográfica nos referimos al lugar en donde habita la gestante factor que puede aportar con el cumplimiento de las consultas prenatales, debido a las largas distancias que deben transitar para llegar hasta el centro de salud. Datos obtenidos en la encuesta ENSANUT- 2012 refleja que el 63,5% del total de gestantes que viven en el área rural cumplieron con la norma de atención prenatal (1er control en 1er trimestre y 5 controles o más).

4.11.2. Edad y Estado Civil.

4.11.2.1. Edad. La edad a la que mayoritariamente se observa la inasistencia al control prenatal es las de gestantes adolescentes.

4.11.2.2. Estado civil. La condición de solteras de algunas gestantes puede ejercer un aporte negativo a la periodicidad del control prenatal, debido a que no se cuenta con un apoyo emocional por parte de su pareja.

4.11.3. Apoyo Familiar. Pachón (como se citó en Navarro, 2013) expresa que la familia como red de apoyo demuestra su relevancia al hacer posible la supervivencia de la madre y de los hijos al tomar como responsabilidad familiar el cuidado de los niños.

Encontró en su estudio que el 76,3% del total de gestantes que se sentían casi siempre satisfechos con el soporte familiar presentaron adherencia al control prenatal; mientras que

las gestantes que manifestaron nunca sentirse satisfechas, no se adhirieron a estos controles.

4.11.4. Dependencia Económica. 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, 2017).

4.12. Factores epidemiológicos que se relacionan con el cumplimiento del control prenatal.

4.12.1. Gestación Planificada. Es importante que la mujer se eduque y se informe acerca del embarazo y los cambios que trae consigo pero, en esta época de sobrecarga

informativa, es primordial que aprenda también a “escuchar” a su cuerpo ya que será su propia sabiduría la que le dará inspiración para lograr una maternidad sin riesgos.

Así, el fin de los autocuidados en el embarazo está orientado, además de a mantener la salud de la madre, a lograr que el bebé nazca sano y que el embarazo pueda llegar a un desenlace feliz: un parto y un nacimiento sin riesgos para el bebé y para la mamá.

En los Estados Unidos cerca del 55% de las embarazadas no reciben atención prenatal temprana. Los factores que influyen en el comienzo tardío de la atención prenatal, el 90% es el embarazo no planificado (Obstetricia Clínica, 2014).

4.12.2. Complicaciones durante la gestación. Aunque la mayoría de los embarazos se desarrollan sin problemas, en ciertas ocasiones aparecen complicaciones imprevistas durante el curso de éste. Un gran número de posibles complicaciones se puede prevenir si se descubre el factor de riesgo durante el control prenatal.

4.12.2.1. Embarazo múltiple. A partir de las ocho semanas es posible diagnosticar ecográficamente un embarazo múltiple. Es un embarazo con mayor riesgo porque se asocia a parto prematuro. Además, dependiendo si el embarazo es de gemelos o mellizos, cada caso requiere un tratamiento diferente. Lo mejor, en todo caso, es seguir las indicaciones de tu médico.

4.12.2.2. Enfermedad Rh. La sangre de cada persona puede tener factor Rh positivo o negativo. Esta enfermedad entra en juego si la madre lo tiene negativo, el padre positivo y el bebé hereda factor positivo. Este bebé no tendrá ningún problema, pero en este caso, la mamá debe recibir gamaglobulina postparto como precaución. Esta sustancia evita la formación de anticuerpos en el cuerpo de la madre que pueden destruir la sangre de un

futuro segundo bebé, siempre que éste nazca con Rh positivo.

4.12.2.3. Desprendimiento de placenta. Ocurre cuando se origina una hemorragia en la zona comprendida entre la pared uterina y la placenta que provoca el despegamiento de la misma antes de que el bebé haya nacido. Es una complicación grave que suele darse durante el último trimestre del embarazo. La parte de placenta desprendida deja de aportar el oxígeno que el bebé necesita. Para salvar al bebé de esta situación, que es irreversible, debe hacerse una cesárea de urgencia.

4.12.2.4. Placenta previa. Se denomina así cuando la placenta se ubica anatómicamente por delante de la cabeza del bebé tapando el orificio del cuello. Esta situación es frecuente hasta las 20 semanas de embarazo, pero en la medida que el útero va creciendo la placenta se desplaza hacia una posición correcta. Si permanece mal ubicada para la fecha de parto, será imposible tener un parto vaginal

4.12.2.5. Polihidramnios. Se denomina así al exceso de líquido amniótico. Sus causas pueden ser debidas a un bebé de gran tamaño o al embarazo múltiple, o bien ser consecuencia de una enfermedad de la madre como la diabetes o una enfermedad del bebé como las llamadas malformaciones congénitas. También puede aparecer sin causa alguna y el bebé puede ser totalmente normal. En todo caso, la consecuencia principal del exceso de líquido amniótico puede ser un parto prematuro.

4.12.2.6. Oligoamnios. Es la disminución de la cantidad de líquido amniótico. Posiblemente esto suceda por malformaciones congénitas en las vías urinarias fetales. Puede ser la causa de que un bebé tenga muy bajo peso.

4.12.2.7. **Anemia.** Los glóbulos rojos contienen hemoglobina, sustancia que transporta el oxígeno desde tus pulmones a todos los tejidos de tu organismo. Durante el embarazo, hay una leve disminución de la concentración de hemoglobina que si es excesiva, estás anémica. Esto no afecta al bebé.

4.12.2.8. **Diabetes gestacional.** Sólo permanece durante el embarazo y es consecuencia de la influencia de las hormonas placentarias. La doctora Bernal informa que el tratamiento de la diabetes gestacional está basado en una dieta muy estricta en hidratos de carbono, y a veces, es necesaria la administración de inyecciones de insulina diarias.

4.12.2.9. **Preeclampsia.** Se denomina así a la hipertensión arterial provocada por el embarazo. Se desarrolla en mujeres que previamente eran hipertensas, a partir de las 20 semanas de gestación. Es una enfermedad peligrosa tanto para la madre como para el bebé, que puede sufrir una disminución de su crecimiento

4.12.2.10. **Embarazo múltiple.** El embarazo múltiple es un que embarazo se considera de mayor riesgo porque se asocia a parto prematuro y desarrollo de preeclampsia. Además es importante diferenciar si los bebés son gemelos o mellizos. Los gemelos pueden compartir la placenta o la bolsa, lo cual puede complicar el desarrollo durante el embarazo y el parto.

4.12.2.11. **Aborto.** Un aborto (espontáneo) es la pérdida de un feto por causas naturales antes de las 20 semanas de embarazo. En cambio, se denomina feto muerto a la pérdida del mismo por causas naturales después de las 20 semanas de embarazo (EMBARAZO.net, 2017).

4.12.3. Número, inicio y asistencia a los controles prenatales. Lo mínimo son 5 controles prenatales; según normas del Ministerio de Salud Pública.

Aplicando en forma rutinaria y extensiva, conjuntamente con otras medidas de salud pública como la atención institucional del nacimiento, el empleo de criterios de riesgo para determinar referencias y niveles de asistencia y la atención inmediata de los recién nacidos, contribuye a evitar muertes lesiones maternas y perinatales.

4.12.3.1. Control Prenatal Precoz o temprano. Debe iniciarse lo más pronto posible, preferiblemente en el primer trimestre. Córdoba (2015) en su trabajo de investigación se encontró con factores sociodemográficos que se asocian al inicio tardío del control prenatal: entre estos lo más frecuentes fueron: ser gestante adolescente, estado civil soltera y bajo nivel educativo.

4.12.3.2. Control Prenatal Periódico o continuo. La frecuencia de los controles prenatales depende de la presencia o ausencia de factores y elementos de riesgo. Se recomienda una consulta y revisión cada cuatro semanas hasta la semana 28, luego cada dos semanas hasta la 37, y de ahí hasta el momento del parto cada semana, en un embarazo de alto riesgo el intervalo de las consultas debe ser menor.

4.12.3.3. Control Prenatal Completo o integral. Cuando cumple con los contenidos mínimos de control, que deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

5. METODOLOGÍA

5.1. Tipo de estudio

La investigación fue de tipo descriptivo-trasversal, a través de la investigación se detalló la situación real de las pacientes embarazadas en relación a los factores sociales y factores epidemiológicos con el cumplimiento del control prenatal, durante el período septiembre 2017 a febrero 2018.

5.2. Área de estudio

La investigación se ejecutó en el Centro de Salud N° 1, mismo que se encuentra ubicado en la Avenida Cuxibamba e Ibarra, del centro de la ciudad de Loja, la población que pertenece a este Centro es urbana y la edad de los pacientes que acuden a la atención es muy amplia, brindando atención a toda persona.

5.3. Universo y muestra

El universo de estudio fue de 257 mujeres gestantes, donde se tomó una muestra de 104 mujeres embarazadas a partir de los 6 meses de gestación.

5.3. Variables, dimensiones e indicadores

Las variables que se midieron en la presente investigación fueron: factores sociales y factores epidemiológicos y su relación con el cumplimiento del control prenatal.

5.4. Método, Técnicas e Instrumento

La técnica que se utilizó fue una encuesta, que se tomó del artículo realizado en el Centro de Salud Montalvo, Los Ríos, 2015 (Anexo 2), la misma que ha sido adecuada a las necesidades del proyecto, está constituido por 12 preguntas cerradas, de las cuales 3 preguntas corresponde a los datos generales: edad, estado civil y escolaridad, 5 preguntas

acerca de los factores sociales y 4 preguntas acerca de los factores epidemiológicos que se relacionan en el cumplimiento de los controles prenatales en las mujeres que asisten al Centro de Salud N°1.

5.5. Fuentes de información

La información recibida para la realización de la investigación fue obtenida de fuentes primarias, es decir la aplicación del instrumento fue directamente a las mujeres gestantes, y como fuente secundaria fue la historia clínica y la información obtenida de libros y artículos.

5.6. Consideración ética

El proyecto previamente aprobado, contó con el permiso y autorización del Director del Centro de Salud N°1, luego de lo cual se aplicó el Consentimiento Informado a las gestantes que acuden al Centro de Salud N°1 (Anexo 2), el mismo que permitió que los participantes conozcan todos los procesos realizados antes, durante y después de la investigación, el uso de los resultados fueron únicamente para fines educativos.

6. RESULTADOS

FACTORES SOCIALES:

Tabla 1.

Escolaridad y Estado Civil de las gestantes que acuden al CSN°1 del Cantón Loja

<i>Nivel De Escolaridad</i>	Estado Civil						TOTAL	
	Soltera		Casada		Unión Libre		f	%
	f	%	f	%	f	%		
PRIMARIA	3	2.9	2	1.9	4	3.8	9	8.6
SECUNDARIA	20	19.3	16	15.4	42	40.4	78	75,1
UNIVERSITARIA	5	4.8	4	3.8	8	7.7	17	16.3
TOTAL	28	27.0	22	21,1	54	51.9	104	100,0

Fuente: Encuesta.

Autora: Rosmery B. Márquez J.

Respecto a la escolaridad y estado civil de las gestantes que acuden al Centro de Salud N°1, se puede evidenciar que más de la mitad de las gestantes tienen un nivel educativo de secundaria y estado civil unión libre, aspectos que influyen en el número de controles prenatales.

Tabla 2.

Ocupación y procedencia de las gestantes que acuden al CSN°1 del Cantón Loja

<i>Ocupación</i>	Procedencia				TOTAL	
	Urbana		Rural		f	%
	f	%	f	%		
AMA DE CASA	51	49,1	14	13,5	65	62,6
TRABAJADORA INDEPENDIENTE	7	6,7	2	1,9	9	8,6
TRABAJADORA DEPENDIENTE	7	6,7	1	0,9	8	7,6
ESTUDIANTE	13	12,5	9	8,7	22	21,2
TOTAL	78	75,0	26	25,0	104	100,0

Fuente: Encuesta.

Autora: Rosmery B. Márquez J.

Del número total de mujeres gestantes se observó que la gran mayoría proceden del área urbana, mientras que la cuarta parte restante es del área rural, en relación a la ocupación, se puede evidenciar que más de la mitad de las mujeres gestantes son amas de casa, seguido de la ocupación estudiantes, constituyéndose un factor que influye en el cumplimiento del control prenatal.

Tabla 3.***Convivencia y estado civil de las gestantes que acuden al CSN•1 del Cantón Loja***

<i>Convivencia</i>	Estado Civil						TOTAL	
	Soltera		Casada		Unión Libre		f	%
	f	%	f	%	f	%		
<i>PADRES</i>	20	19.3	0	0,0	0	0,0	20	19.3
<i>ESPOSO E HIJOS</i>	0	0,0	22	21.1	54	51.9	76	73.0
<i>FAMILIARES</i>	7	6.8	0	0,0	0	0,0	7	6.8
<i>SOLA</i>	1	0.9	0	0,0	0	0,0	1	0.9
<i>TOTAL</i>	28	27,0	22	21,1	54	51,9	104	100,0

Fuente: Encuesta.

Autora: Rosmery B. Márquez J.

Los porcentajes reflejan que un tercio de las gestantes son solteras, quienes viven en ciertos casos con sus padres, familiares y solas, pudiendo ser un importante factor de riesgo que influya en el cumplimiento de los controles prenatales, mientras la gran mayoría de las mujeres gestantes en unión libre viven con su esposo e hijos siendo un factor protector importante en el control prenatal.

Tabla 4.

*Apoyo familiar y estado civil de las gestantes que acuden al CSN*1 del Cantón Loja.*

<i>Apoyo familiar</i>	Estado Civil						TOTAL	
	Soltera		Casada		Unión Libre		f	%
	f	%	f	%	f	%		
<i>SI</i>	10	9.6	22	21.1	54	51.9	86	82.6
<i>NO</i>	18	17.4	0	0,0	0	0,0	18	17.4
<i>TOTAL</i>	28	27,0	22	21,1	54	51.9	104	100,0

Fuente: Encuesta.

Autora: Rosmery B. Márquez J.

En relación al apoyo familiar y estado civil de las gestantes se puede afirmar que la gran mayoría de las gestantes encuestadas si reciben apoyo familiar, particularmente las mujeres gestantes en estado civil de unión libre, considerándose un factor que influye en el cumplimiento del control prenatal.

Tabla 5.

*Tiempo que tardan en llegar las gestantes que acuden al CSN*1 del Cantón Loja.*

<i>TIEMPO EN LLEGAR AL CENTRO DE SALUD</i>	F	%
<i>MENOS DE 10 MINUTOS</i>	58	55,8
<i>ENTRE 10 A 30 MINUTOS</i>	44	42,3
<i>MÁS DE 30 MINUTOS</i>	2	1,9
<i>TOTAL</i>	104	100,0

Fuente: Encuesta.

Autora: Rosmery B. Márquez J.

La presente tabla revela que más de la mitad de las gestantes tarda menos de 10 minutos en llegar al Centro de Salud, menos de la mitad entre 10 a 30 minutos y una mínima cantidad de gestantes tarda más de 30 minutos, la distancia de las instituciones de salud con los domicilios de las gestantes influyen en la decisión para la atención médica.

FACTORES EPIDEMIOLOGICOS:**Tabla 6.**

*Número de controles prenatales en relación al estado civil en las Gestantes que acuden al CSN*1 del Cantón Loja.*

CANTIDAD DE CONTROLES PRENATALES	ESTADO CIVIL						TOTAL	
	Soltera		Casada		Unión Libre		f	%
	f	%	f	%	f	%		
3 O MÁS CONTROLES	23	22,2	22	21,1	37	35,5	82	78,8
MENOS DE 3 CONTROLES	5	4,8	0	0,0	17	16,4	22	21,2
TOTAL	28	27,0	22	21,1	54	51,9	104	100,0

Fuente: Encuesta.

Autora: Rosmery B. Márquez J.

En cuanto al número de controles prenatales de las gestantes en estudio, se evidencia que la mayoría de gestantes se realizaron de 3 o más controles prenatales, cumpliendo con número mínimo de controles prenatales según lo establecido por el MSP, mientras que la cuarta parte de las gestantes se han realizado menos de 3 controles prenatales, representados por gestantes en unión libre, seguido de las gestantes solteras.

Tabla 7.

*Gestación Planificada en relación al número de controles prenatales en las gestantes que acuden al CSN*1 del Cantón Loja.*

GESTACIÓN PLANIFICADA	NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES				TOTAL	
	Menos de 3 controles		3 o más controles		f	%
	f	%	f	%		
SI	3	2,9	25	24,0	28	27,0
NO	19	18,3	57	57,8	76	73,0
TOTAL	22	21,2	82	78,8	104	100,0

Fuente: Encuesta.

Autora: Rosmery B. Márquez J.

En relación a la gestación planificada la mayoría de las gestantes participantes en el estudio tuvo una gestación no planificada, sin embargo más de la mitad de las mismas tuvieron un control prenatal optimo, y menos de la cuarta parte no lo tuvo, lo que influye significativamente al cumplimiento del control prenatal.

Tabla 8.

*Primer control Prenatal relacionado a la edad de las gestantes que acuden al CSN*1 del Cantón Loja.*

<i>Edad de las gestantes</i>	Controles Prenatales.						TOTAL	
	Primer Trimestre		Segundo Trimestre		Tercer Trimestre		f	%
	f	%	f	%	f	%		
<i>15 A 19 AÑOS</i>	16	15,4	5	4,7	1	1,0	22	21,1
<i>20 A 24 AÑOS</i>	16	15,4	7	6,7	1	1,0	24	23,1
<i>25 A 29 AÑOS</i>	29	27,8	2	2,0	0	0,0	31	29,8
<i>30 A 34 AÑOS</i>	16	15,4	1	1	0	0,0	17	16,4
<i>35 A 39 AÑOS</i>	5	4,8	4	3,8	0	0,0	9	8,6
<i>40 A 44 AÑOS</i>	0	0,0	1	1	0	0,0	1	1
<i>TOTAL</i>	82	78,8	20	19,2	2	2	104	100,0

Fuente: Encuesta.

Autora: Rosmery B. Márquez J.

En lo concerniente al inicio del control prenatal por parte de las gestantes, se puede evidenciar que la mayoría de gestantes iniciaron su primer control prenatal en el primer trimestre de embarazo, cumpliendo de esta manera con lo recomendado por el MSP de iniciar un control prenatal lo más pronto posible (Primer Trimestre), mientras que menos de la cuarta parte de las gestantes iniciaron su controles prenatales en el segundo trimestre, con mayor énfasis en las mujeres entre 15 a 19 años siendo un factor de riesgo para la salud del nuevo ser.

Tabla 9.

*Complicaciones en el embarazo relacionado al número de controles en las gestantes encuestadas que acuden al CSN*1 del Cantón Loja.*

<i>COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO</i>	NUMERO DE CONTROLES PRENATALES				TOTAL	
	Menos de 3 controles		3 o más controles		f	%
	f	%	f	%		
<i>HTA</i>	1	3,4	10	34,6	11	38,0
<i>INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS</i>	5	17,3	9	31,1	14	48,4
<i>DIABETES GESTACIONAL</i>	0	0,0	1	3,4	1	3,4
<i>AMENAZA DE ABORTO</i>	1	3,4	2	6,8	3	10,2
<i>TOTAL</i>	7	24,1	22	75,9	29	100,0

Fuente: Encuesta.

Autora: Rosmery B. Márquez J.

En cuanto a las complicaciones durante el embarazo se puede identificar que más de la mitad de las embarazadas con algún tipo de complicación tuvieron de 3 o más controles prenatales, y en menor porcentaje pero significativo tuvo menos de 3 controles prenatales.

Tabla 10.

*Primer control Prenatal relacionado al número de controles prenatales en las gestantes que acuden al CSN*1 del Cantón Loja.*

<i>Inicio de los controles prenatales</i>	Número de controles prenatales				TOTAL	
	Menos de 3 controles		3 o más controles		f	%
	f	%	f	%		
<i>PRIMER TRIMESTRE</i>	9	8,6	73	70,2	82	78,8
<i>SEGUNDO TRIMESTRE</i>	11	10,6	9	8,6	20	19,2
<i>TERCER TRIMESTRE</i>	2	2	0	0,0	2	2
<i>TOTAL</i>	22	21,2	82	78,8	104	100,0

Fuente: Encuesta.

Autora: Rosmery B. Márquez J.

Se puede evidenciar que la mayoría de gestantes tuvieron su primer control prenatal en el primer trimestre de embarazo, siendo un factor importante ya que como dice los protocolos establecidos por el MSP, el primer trimestre es de suma importancia para la formación del feto, mientras que menos de la cuarta parte de las gestantes realizaron su primer control prenatal en el segundo trimestre.

7. DISCUSIÓN

El embarazo es un proceso fisiológico, por tanto, la atención prestada a las gestantes debe estar basada en los cuidados para su desarrollo normal, un control prenatal óptimo en el embarazo de bajo riesgo según la Organización Mundial de la Salud (2016) comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado.

Con respecto a los factores sociales relacionados con el inicio del control prenatal se encontró que las mujeres mayores de 25 años asisten al control prenatal correctamente, lo que indica que las mujeres de más edad reflejan mayor grado de responsabilidad con su salud; datos similares a los planteados en el estudio en Cartagena (Castillo, 2017), en donde se revela que la edad promedio de las mujeres embarazadas que más cumplen con las consultas es de 23 años. Así mismo, las mujeres con estudios superiores a la secundaria son quienes reflejan mayor asistencia al control prenatal, cifras similares a las del estudio de (Martínez, 2016) en donde un mayor nivel de estudios favorece la participación en las consultas prenatales.

En relación al estado civil sobresale la unión libre seguido de las solteras y casadas que tienen 3 o más controles prenatales, en tanto que un estudio realizado en Cartagena (Castillo, 2017) revela que más del 53,26 % de las mujeres reportaron uso adecuado de control prenatal, tener pareja, percibir apoyo familiar, y pertenecer a una familia pequeña se asocian al uso adecuado del control prenatal.

Además, se evidenció que el 82,5% de las gestantes si reciben apoyo familiar, mientras que el restante porcentaje no lo reciben, en tanto un estudio realizado en

Colombia (Moya, 2012) revela que más del 58% de maternas que reciben el apoyo de los padres o pareja, posiblemente experimentan mayor cuidado, relación y participación en el proceso de los controles prenatales.

En relación a los factores epidemiológicos se demuestra que el 75,7% fue una gestación no planificada, la no planificación del embarazo, parece ejercer un rol importante debido a que son estas gestantes quienes acuden tarde a su primer control prenatal. Arispe (2014) en una investigación realizada con gestantes de Lima Perú, reporta que la no planificación del embarazo está relacionada con el cumplimiento de las consultas prenatales, aumentando la probabilidad de un control prenatal inadecuado. Esto resalta que no tener un proyecto de vida influye en la falta de interés por la gestación y los cuidados durante esta etapa.

También se encontró que la mayoría de las gestantes iniciaron el primer control prenatal en el primer trimestre de embarazo, lo que indica que las embarazadas consideran importante el control prenatal; estos resultados se asemeja a un estudio realizado en Lima, (Arispe, 2014) que revela que de las 366 gestantes encuestadas el 67% de las gestantes tuvieron su primer control prenatal antes de las 12 semanas de gestación.

8. CONCLUSIONES

- En relación a los factores sociales se determinó que el estado civil, el apoyo familiar y la convivencia, fueron factores protectores que facilitaron que se cumpla en control prenatal.
- Respecto a los factores epidemiológicos que se relacionan al cumplimiento del control prenatal se evidenció que la mayoría de las mujeres gestantes cumplió con 3 o más controles prenatales establecidos por el MSP, mismas que tuvieron su primer control en el primer trimestre accediendo de manera oportuna y precoz a los servicios de atención materna del centro de salud.

9. RECOMENDACIONES

- A las autoridades de la Carrera de Enfermería para que continúen apoyando las investigaciones, ya que permiten identificar problemas en diversos campos que muchas veces se desconoce de su existencia, ayudando así a buscar estrategias para mejorar la situación de salud de las gestantes.
- A las autoridades del Centro de Salud N°1, desarrollar programas dirigido a las madres embarazadas, tomando en cuenta sobre todo a las adolescentes que son en quienes se identifican factores de riesgo durante el embarazo.

10. BIBLIOGRAFÍA

Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas J. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. *Rev Med Hered.* 2014; 22(4):169-75.

Córdoba, R. e. (2012). Factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián de la Plata, Huila. Obtenido de <https://www.journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/118>

Castillo IY, Arias LS, Cueto EY, Ledesma Y, Luna TM, Morón L, et al. Factores asociados al uso del control prenatal por mujeres embarazadas en el distrito de Cartagena 2011. *Rev. ANEC.* 2012; 73:29-32.

ENSANUT, E. N. (2013).

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Salud Sexual y Reproductiva).

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Censo de Población y Vivienda – Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) 2010. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/pobreza/>

Mendoza, T. e. (2015). *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. Obtenido de Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000400005

Ministerio de Salud Pública, M. (2013). *CONE, Norma para el cuidado Obstetrico y Neonatal Esencial en el Sistema Nacional de Salud* . Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Norma-Cone-digital-27-05-14.pdf>

Ministerio de Salud Pública. Componente Normativo Materno. 2008. 28

Ministerio de Salud Pública. Guía de Alimentación y Nutrición de la mujer gestante y de la madre en período de lactancia. 2014. 16-18, 23.

Ministerio de Salud Pública. Por una Maternidad y Nacimientos Seguros. Ficha Técnica- 2010. 9, 15 Embarazo. 2015. 3-4

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP).Noticias: MSP emite la norma CONE como parte de la estrategia para la reducción de muerte materna y neonatal. 2013. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/msp-emite-la-norma-cone-como-parte-de-la-estrategia-para-la-reduccion-de-muerte-materna-y-neonatal/>

MSP. (2015). Ecuador sin muertes maternas. 24 de octubre del 2015, de Ministerio de Salud Publica Sitio web: <http://www.salud.gob.ec/ecuador-sin-muertes-maternas/>

MSP. (2010). Por una maternidad y nacimientos seguros. 13 de octubre del 2015, de Ministerio de Salud Publica Sitio web: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D199.pdf

MSP. (2015). *Guía de Control prenatal* . Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>

MSP, M. d. (2016). Lecciones aprendidas por los equipos de mejoramiento continuo de calidad .

MSP, M. d. (s.f.). *Ley de Maternidad Gratuita y atención a la Infancia* . Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/msp-se-garantiza-derecho-a-maternidad-gratuita-y-atencion-a-la-infancia-en-el-marco-de-la-gratuidad-general-en-salud/>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Norma Técnica “Educación Prenatal” Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, febrero de 2015, Quito, Ecuador

13. Routine Prenatal care. ICSI 2007.

<http://www.guideline.gov/compare/compare.as>

Ministerio de Salud Pública. Infección de vías urinarias en el embarazo. Guía de Práctica Clínica. Quito: MSP; 2013. Disponible en: <http://salud.gob.ec>.

Ministerio de Salud Pública. Hipotiroidismo congénito. Guía de Práctica Clínica. Quito: MSP; 2013. Disponible en: <http://salud.gob.ec>.

Ministerio de Salud Pública. Anemia en el embarazo. Guía de Práctica Clínica. Quito: MSP; 2013. Disponible en: <http://salud.gob.ec>.

Ministerio de Salud Pública. Trastornos hipertensivos del embarazo. Guía de Práctica Clínica. Quito: MSP; 2013. Disponible en: <http://salud.gob.ec>.

Ministerio de Salud Pública. Atención integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia, Cuadros de procedimientos. Quito: MSP 2016

Ministerio de Salud Pública. Norma y Protocolo Materno. Quito: MSP; 20015, Disponible en: <http://salud.gob.ec>

MSP. (Agosto de 2015). SNS. Obtenido de Componente Normativo Materno Neonatal: <file:///F:/TESIS/artiuculs/CONTROL/marco%20teorico/2.%20Componente%20Normativo%20Materno.pdf> Nacional, A. (2016). %20en%20el%20Sistema%20Nacional%20de%20Salud%20Tr.%2020242

Moya D, Guiza IJ, Mora MA. Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materna infantil. *Revista CUIDARTE*. 2010;1(1):44-52.

Martínez J, Delgado M. Determinantes asociados a la participación de mujeres primíparas en el programa de educación prenatal. *Gac Sanit*. 2013;27(5):447-9.

Obstetricia Clínica. (2010). Buenos Aires: Médica Panamericana.

OMS, O. M. (2016). Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

OMS. (2014). *Control prenatal* . Recuperado el 06 de 08 de 2017, de Oms: <http://www.who.int/topics/control/prenatal/es/>

OMS. (2015). Lactancia Materna. 20 de octubre del 2015, de Organización Mundial de la Salud Sitio web: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>

Poffald, L. e. (2013). *Salud Pública de México*. Obtenido de Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342013001000006&script=sci_arttext&tlng=en

Tinoco Loja, J. E., & Tinoco Loja, J. E. (2012). Factores limitantes para el control prenatal periódico y oportuno en las embarazadas que acuden a la consulta externa del Hospital Universitario de Motupe-Loja, periodo Febrero-Agosto 2011 (Doctoral dissertation).

Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS.

11. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA.

CARRERA DE ENFERMERIA.

ANEXO 1

Proyecto “Factores sociales y epidemiológicos y su relación con el cumplimiento del control prenatal”.

Operacionalización de variables.

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR.	ESCALA	
Control prenatal Es un conjunto de acciones periódicos y asistenciales para la evaluación integral y establecer medidas preventivas oportunas considerando aspectos relevantes como la condición nutricional entre otros, por parte del personal de salud, con un inicio precoz Factores asociados a la falta.- Los factores que contribuyen a la falta de los controles prenatales, no solo son numerosos y complejos, sino que también actúan de forma distinta y pueden ser socioeconómicos, maternos, epidemiológicos		Trabajo	Si No	
		Vivienda	Urbana Rural	
	Sociales	Convivencia	Padres Conviviente Sola	
		Apoyo familiar	Si No	
		Dependencia económica	Si No	
		Gestión planificada	Si No	
	Epidemiológica	s		Si No Complicaciones en 1er trimestre
			Complicaciones durante la gestación	Complicaciones en el 2do trimestre
				Complicaciones en el 3er trimestre
			Número de controles	Óptimos (12) Mínimos (5) Deficientes (-5)
		Inicio del primer control prenatal	1° trimestre 2° trimestre 3° trimestre	

Autora: Rosmery Márquez



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

**FACTORES SOCIALES Y EPIDEMIOLÓGICOS Y SU RELACIÓN CON EL
 CUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL**

ANEXO 2

FORMULARIO DE LA ENCUESTA

N° ____

Por medio de la presente entrevista me dirijo respetuosamente ante usted para expresarle un cordial y afectuoso saludo, deseándole éxitos en su vida diaria y a la vez solicitarle muy comedidamente ayudarme con la información para llenar las siguientes preguntas, las mismas que servirán para el desarrollo de la tesis previa a la obtención del Título de Licenciada en Enfermería, los resultados serán de absoluta confidencialidad.

1) DATOS GENERALES:

Edad:

a. Escolaridad

() Primaria

() Bachillerato

() Universitaria

b. Estado civil:

() Soltera

() Casada

() Unión Libre

() Otros, especifique.....

2) FACTORES SOCIALES

c. Ocupación y Jornada laboral.

() Ama de casa

() Trabajadora independiente.....

() Trabajadora dependiente.....

() Estudiante.....

d. Procedencia

() Urbana

() Rural

e. Convivencia:

() Padres

() Esposo e hijos

() Familiares

() Sola

f. Recibe apoyo por parte de su familia

() Si

() No

g. ¿Cuántos minutos/horas se hace usted desde su casa hasta el centro de salud?

() Menos de 10 Minutos

() Entre 10 a 30 minutos

() Mas de 30 minutos.

3) FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS:

h. Gestación planificada

Si

No

i. Complicaciones durante la gestación

No

Si....en caso de ser positiva la respuesta conteste la pregunta siguiente o salde al literal k

j. Indique que tipo de complicaciones tuvo o tiene durante su embarazo

.....

k. ¿Cuándo tuvo su primer control prenatal?

Primer trimestre (1 a 12 semanas)

II trimestre (13- 24 semanas)

III trimestre (24 – 40 semanas)

l. ¿Cuántos controles prenatales ha tenido durante su gestación?

3 o más de 3 controles

Menos de 3 controles



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

ANEXO 3

Proyecto “Factores sociales y epidemiológicos y su relación con el cumplimiento del control prenatal”.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DATOS GENERALES:

Dirección:

Fecha:

Buenos días.

Soy egresado de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, actualmente me encuentro realizando un estudio con la finalidad de recolectar información sobre “FACTORES SOCIALES Y EPIDEMIOLOGICOS Y SU RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL”, el mismo que servirá para optar mi título profesional de Licenciada en Enfermería.

Para ello le solicito su participación voluntaria la cual será de mucha importancia para el estudio. Al mismo tiempo debo indicarle que de aceptar participar en el estudio, su colaboración será anónima, en ningún momento se afectará su integridad física ni moral.

¿Desearía participar en el estudio?

SI

NO

De ser positiva su respuesta, le agradezco y a continuación se procederá a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos. Muchas gracias.

.....
FIRMA

C.I



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

ANEXO 4

**Autorización por parte de la dirección de la carrera de Enfermería para
 la aplicación de las encuestas**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
 FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
 DIRECCION CARRERA DE ENFERMERÍA

Of. N°. 477-DCE-FSH-UNL.
 Loja, 21 de noviembre de 2017


Señora Doctora
 Liliana Carrión
 DIRECTORA DEL CENTRO DE SALUD N° 1 LOJA
 Ciudad.-

De mi consideración:

Con un cordial saludo me dirijo a Usted, en la oportunidad de desearle éxitos en las funciones que tan acertadamente dirige, a su vez solicitarle muy comedidamente su autorización para que la señorita: **ROSMERY BEATRIZ MARQUEZ JIMENEZ**, estudiante del Internado Rotativo de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, pueda obtener la información necesaria y aplicación del instrumento de recolección de datos (**ENCUESTA**), a fin de llevar a cabo la realización de su tesis intitulada "**FACTORES SOCIALES Y EPIDEMIOLOGICOS Y SU RELACION CON EL CUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL**". Previo a la obtención del título de Licenciado en Enfermería.

Por la favorable atención que se dé al presente le expreso mi agradecimiento.

Atentamente,


 Lic. María del Cisné Agurto Mg. Sc

DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA FSH-UNL

Conf. Lic. Carmen Cabrera
 C.c. Archivo.


 21-11-2017





UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

ANEXO 5

Certificación de haber aplicado las encuestas a las gestantes en el Centro de Salud N°1 del Cantón de Loja.



Ministerio
de Salud Pública

Coordinación Zonal de Salud 7
Dirección Provincial de Salud de Loja

Loja 09 DE MAYO del 2018

ADMINISTRADOR TÉCNICO DEL CENTRO DE SALUD N° 1
Dr. Ernesto Granda, a petición verbal de parte interesada.

CERTIFICA:

Que la Srta. **Rosmery Beatriz Márquez Jiménez**, con C.I. N° **1900740166**, cumplió con la recolección de datos para su investigación de tesis titulada **“FACTORES SOCIALES Y EPIDEMIOLOGICOS Y SU RELACION CON EL CUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL”** en el periodo comprendido entre Noviembre del 2017 a Enero del 2018 en el servicio de Consulta Externa del Centro de Salud N°1

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, pudiendo hacer uso del presente como creyere conveniente.

Atentamente.


Dr. Ernesto Granda

ADMINISTRADOR TÉCNICO DEL CENTRO DE SALUD N° 1

Dr. Mgs. Ernesto Granda Marin
 **MÉDICO FAMILIAR**
 MSP: L4 "A" - F22 - N° 64





LILIA ALEXANDRA CONTENTO TENEZACA PORTADORA DE CEDULA DE CIUDADANÍA 1104024037, GERENTE GENERAL DE LA ACADEMIA DE CAPACITACION Y NIVELACION "GUILLERMO CONTENTO", a petición verbal de parte interesada

CERTIFICA:

Que nuestra Institución realizo la debida traduccion del Resumen de tesis de la Srta. **ROSMERY BEATRIZ MARQUEZ JIMENEZ**, con CI: 1900740166, correspondiente al Tema: **"FACTORES SOCIALES Y EPIDEMIOLOGICOS Y SU RELACION CON EL CUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL"**

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando a la parte interesada hacer uso del presente en lo que estime conveniente.

Para constancia firma:

Lilia Contento T.
GERENTE PROPIETARIA

Loja, 24 de mayo del 2018

Dirección: Loja, Miguel Riofrío 12-90 y Bernardo Valdivieso. Bajos del edificio Santa Mariana de Jesús. Teléfono: 072574908 / 0995016935/ 0984235233. Correo: lilycontento@hotmail.com

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

ANEXO 6

PROYECTO

“Factores sociales y epidemiológicos y su relación con el cumplimiento del control prenatal”

a.TEMA

Factores sociales y epidemiológicos y su relación con el cumplimiento del control prenatal

b. PROBLEMÁTICA

El embarazo es un proceso fisiológico, por tanto, la atención prestada a las gestantes debe estar basada en los cuidados para su desarrollo normal, el uso de la tecnología apropiada y en el reconocimiento del importante papel que tiene la propia mujer en la toma de las decisiones que le afectan.

Según la Organización Mundial de la Salud, cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, el 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo y es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. En comparación con otras mujeres, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos (OMS, 2016).

La meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030.

Según la OMS (2015), el cuidado del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como perinatal; propicia además una adecuada atención el parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos/as en los períodos inmediatamente posteriores al nacimiento, así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita.

Un control prenatal óptimo en el embarazo de bajo riesgo según la Organización Mundial de la Salud (2016) comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado (médico obstetrix) (MSP M. d., Lecciones aprendidas por los equipos de mejoramiento continuo de calidad , 2016).

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, la atención de los controles prenatales pasa del 52% al 71% dentro del 2012, se evidencia además que el área rural el 73, 7% de los niños nacidos vivos, sus madres tuvieron un control en el primer trimestre, y el 81,4% en las madres del área urbana (ENSANUT, 2012).

La atención a la salud materno-infantil es una prioridad para el Ministerio de Salud Pública, su objetivo principal es la prevención de las complicaciones en el embarazo en base a un Diagnóstico oportuno y una atención adecuada, dentro del 2009 a 2015 Ecuador logró aumentar los controles prenatales a 3'078.408, de los cuales en la zona 7 en el 2014 hubo 14 muertes maternas mientras que el 2015 hubo 8 (Ministerio de Salud Pública, 2015).

En Chile, se realizó un estudio a 570 mujeres, de las cuales, la edad materna de 13-19 años se halló asociada a falta del control prenatal, después de ajustarse por escolaridad <11 años, carencia de esposo o compañero permanente, carencia de seguridad social en salud y antecedente de gravidez ≥ 2 gestaciones. Esta mala adherencia al control prenatal se asoció con aumento de riesgo de prematuridad y/o bajo peso al nacer y de la mortalidad neonatal (Mendoza, 2015).

En Lima, Perú, se encuestaron a 384 puérperas, 66,05% recibieron 6 o más controles prenatales y sólo 7,36% tuvo Control Prenatal adecuado, de las cuales 55 puérperas tuvieron su primer CPN antes de las 12 semanas. Los factores que se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de CPN inadecuado fueron paridad mayor a 2 ($p=0,02$) y no planificación de la gestación ($p=0,003$) (Arispe, 2014).

En Chile, se encuestaron a 17 madres adolescentes y se obtuvo que la vulnerabilidad social y familiar fue la principal barrera para el control prenatal tardío (Poffald, 2013).

Un estudio en San Sebastián de Palta, Huila, se encuestó a 288 gestantes entre los 14 y 45 años que acudieron a control prenatal. El 77,1% de las gestantes pertenecían al régimen

subsidiado. El nivel educativo superior a primaria es un factor protector, estadísticamente significativo para quienes lograron terminar la secundaria. El riesgo de inicio tardío del control prenatal se incrementó en la medida en que lo hacía el número de embarazos, siendo estadísticamente significativo el antecedente de 4 a 6 gestaciones (Córdoba, 2014).

La presente propuesta de investigación se realizará en el Centro de Salud N°1, mismo que cuenta con los servicios de: medicina general, familiar, ginecología, obstetricia, pediatría, laboratorio y odontología, las variables (Anexo 2) que se medirán serán: factores sociales y factores epidemiológicos asociados al cumplimiento del control prenatal en mujeres gestantes.

Por lo tanto, se ha planteado la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores sociales y epidemiológicos que influyen en el control prenatal en mujeres embarazadas que acuden al Centro de Salud N° 1 de Loja?

P:(Población)= Mujeres embarazadas que acuden al Centro de Salud N° 1 de Loja

I:(Intervención)= Controles prenatales

C:(Comparar)= Factores sociales y factores epidemiológicos.

O:(Resultados)= ¿Cuáles son los factores sociales y epidemiológicos que influyen en el control prenatal en mujeres embarazadas que acuden al Centro de Salud N° 1 de Loja?

c. JUSTIFICACIÓN

La ley orgánica de Salud en el art 11, indica que: La autoridad Sanitaria Nacional debe garantizar que la mujer embarazada acuda al control prenatal y acceda a beneficios de: Diagnóstico de su salud, evaluación de riesgos durante la gestación, visitas domiciliarias, asesoría nutricional, indagación sobre algún tipo de violencia y prevención de infecciones y enfermedades.

Dentro del código de la Niñez y Adolescencia en el Art. 25, señala que, la Atención al embarazo y al parto (2015): El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto, a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos.

De acuerdo al plan Nacional de Reducción acelerada de mortalidad Materna y Neonatal, en su componente y protocolo Materno, publicado por el MSP, entre las actividades del control prenatal se describe la actividad 36: “Preparación para el parto” durante las semanas 34 a 40 de gestación, se debe programar con la paciente y pareja la una educación antenatal sobre las características del parto y su concurrencia.

El tema a investigar dentro de las “Prioridades de investigación en salud 2013-2017” se encuentra en el área 19, atención Primaria de salud, sublínea de promoción y prevención, y de acuerdo al líneas de investigación de la Facultad de la Salud Humana, el tema a investigar se encuentra en el ámbito 1 en la línea 8 de: “La promoción de la salud”.

En la actualidad, es de suma importancia conocer los factores de riesgo que influyen en la falta de los controles prenatales ya que una de las funciones de enfermería es desarrollar actividades preventivas-promocionales en el cual a través de la educación contribuye a planificar y aplicar estrategias orientadas a garantizar la periodicidad, calidad, y

accesibilidad de la atención y además fomentar el autocuidado en la mujer para reducir los riesgos de morbilidad y mortalidad materna.

Los resultados del presente estudio permitirán brindar información actualizada a la institución, así como a la comunidad a fin de que se formule estrategias orientadas a disminuir la inasistencia a los controles prenatales en caso de su existencia.

Cabe mencionar que al contar con todos los recursos necesarios: humanos, materiales y económicos será factible y viable, para ejecutar la investigación.

d. OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar los factores sociales y epidemiológicos que influyen en el control prenatal en mujeres embarazadas que acuden al Centro N° 1 de Loja

Objetivo específico

- Establecer los factores sociales de las mujeres embarazadas que inciden en el cumplimiento del control prenatal.
- Señalar los factores epidemiológicos de las mujeres embarazadas que influyen en el cumplimiento del control prenatal

e. REVISION BIBLIOGRÁFICA

11.1. Control prenatal

El control prenatal es 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/a. No obstante, el solo cumplimiento de estos controles no garantiza la calidad de la atención, pues se requiere que, en cada visita, el equipo de salud brinde un conjunto de actividades a la embarazada (MSP, Guía de Control prenatal , 2015).

11.2. Características del control prenatal

11.2.1. Completo e Integral.- La atención del control prenatal debe ser por personal calificado, integrado por obstetra o médico general. La detección precoz del embarazo, nos permitirá detectar de manera oportuna la presencia de factores que puedan perjudicar al feto y la madre.

Control integral de la embarazada, la atención al control prenatal debe ser de fácil acceso para todas las embarazadas, debe brindar confianza a la embarazada, y debe ser completa en todos los ámbitos (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Dentro de esta característica se atenderá:

- Riesgo nutricional para evitar el bajo peso y por ende desnutrición en el embarazo.
- Detección de discapacidades y enfermedades perinatales.
- Maltrato sexual, violencia intrafamiliar y drogodependencia.
- Infecciones de transmisión sexual.

- Consejería pre/posprueba de VIH/SIDA, detección y referencia.
- Enfermedades buco – dentales.
- Referencia de usuarias con riesgo obstétrico perinatal (MSP, Guía de Control prenatal , 2015).

11.2.2. Precoz. El control prenatal debe iniciarse lo más temprano posible, enseguida exista la ausencia del periodo menstrual, (en el primer trimestre) por la relación entre la edad gestacional del primer control con los resultados del embarazo (**MSP, Guía de Control prenatal , 2015**).

11.2.3. 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 (**MSP, Guía de Control prenatal , 2015**)

11.2.4. Periódico. Se recomienda que el primer control sea realizado lo más pronto posible (primer trimestre del embarazo) y debe enfocarse a identificar y descartar patologías especiales. Aquellas embarazadas identificadas con riesgo de desarrollar complicaciones, deben ser referidas o transferidas a un nivel de atención de mayor complejidad. Se recomienda realizar como mínimo 5 consultas de atención prenatal, de acuerdo a lo establecido por la OMS. El primer control debe durar 40 minutos y los siguientes 20 minutos. En caso de que la embarazada realice su primer control tardíamente este durará mínimo 30 minutos (**Ministerio de Salud Pública, 2015**).

11.2.5. Afectivo.- Toda embarazada debe ser bienvenida y atendida con calidez y calidad, los horarios de atención deben favorecer la concurrencia al control prenatal y en cuanto mayor el número de horas de atención, más elevado el número de mujeres que

pueden concurrir (MSP, Guía de Control prenatal , 2015).

11.3. Embarazo

Según la Organización de la Salud, OMS, 2016, el embarazo, gestación o gravidez, es el período de tiempo que transcurre entre la [fecundación](#) del [óvulo](#) por el [espermatozoide](#) y el momento del [parto](#). Comprende todos los procesos [fisiológicos](#) de crecimiento y desarrollo del [feto](#) en el interior del [útero materno](#), así como los importantes cambios fisiológicos, [metabólicos](#) e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, [nutrir](#) y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los [ciclos menstruales](#), o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la [lactancia](#) (OMS, 2016).

11.3.1. Embarazo de bajo riesgo. Embarazo de bajo riesgo son los embarazos controlados, los que se desarrollan las mujeres entre los 19 y 35 años de edad y estas son mujeres sin problema de salud aquel que no cursa con criterios de riesgo y recibe atención en Nivel I (MSP, Guía de Control prenatal , 2015).

11.3.2. Embarazo de alto riesgo. Son los embarazos no controlados los que desarrollan en mujeres en edad menores de 18 años o superior a los 35 años y también las mujeres que han experimentado algún problema o patología durante el embarazo y recibirán Atención en Nivel II o II (MSP, Guía de Control prenatal , 2015).

11.4. Diagnóstico de embarazo. El diagnóstico de embarazo casi siempre comienza cuando una mujer se presenta con síntomas o tal vez 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.

11.5. Cuidados durante el embarazo

- Acudir cada mes al médico u obstetra o cuando le cite.
- Cumplir con las prescripciones médicas
- Durante el embarazo el consumo de tabaco, la exposición al humo del tabaco y alcohol afectan tanto al feto como a la madre.
- El Uso habitual de fármacos deben ser evaluados por un profesional médico ya que existen sustancias que deben desaconsejarse por completo durante el embarazo.
- Consumir alimentos nutritivos y variados en el desayuno, almuerzo, merienda y entre comidas a media mañana y media tarde
- Planificar con métodos anticonceptivos por lo menos 2 años antes de un nuevo embarazo.
- Administración de vacuna antitetánica según esquema del Ministerio de Salud Pública.
- Control odontológico para descartar enfermedades periodontales.
- Cuidar la Higiene Personal, tener recreación y tranquilidad familiar.

11.6. Cuidado directo

- Seguimiento de los casos que incumplieron a los controles prenatales.
- Las visitas domiciliarias constituyen estrategias de prevención, proporciona una gama de servicios estructurados para poder localizar los motivos que hacen que la madre no asista regularmente a los controles.
- Aplicación de Inmunizaciones. Vacuna antitetánica: En gestantes sin esquema completo se debe realizar la prevención del tétanos a través de un plan de dos dosis,

que se iniciará de acuerdo al biológico a administrar, se puede iniciar al momento de la captación de la embarazada o al segundo trimestre de embarazo y la segunda dosis será al mes del primera dosis que le confiere inmunidad durante 10 años debiéndose reforzar con una nueva dosis cada 10 años; mientras que, en gestantes con esquema de antitetánica completo que hayan sido vacunadas dentro de los últimos 10 años, se les puede indicar solo un refuerzo en la semana 28.

- Control de signos vitales: Durante las visitas domiciliarias y citas a los controles prenatales se realiza a la madre la medición de la Presión arterial y control de peso, control de glicemia con la finalidad de prevenir cualquier complicación durante todo el periodo de gestación.

11.7. Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE)

Los cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE), se basan en la premisa de que una proporción de mujeres embarazadas, puérperas y recién nacidos tendrán complicaciones las cuales en gran parte no serán prevenibles por lo que es necesario estrategias rápidas y calidad para salvar sus vidas (Ministerio de Salud Pública, 2013).

11.8. Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) en atención prenatal.

Su finalidad es la detección y manejo inicial de embarazos con patologías, preparación y educación a la madre para el parto, administración de hierro oral y ácido fólico, toxoide tetánico, recomendaciones nutricionales y la prevención de infección de transmisión sexual (Ministerio de Salud Pública, 2013).

11.9. La Consulta Preconcepcional

1.1 El estado de salud de la madre durante la gestación va a depender en gran medida del estado previo a la gestación. El principal objetivo de esta consulta es identificar las condiciones médicas y sociales en que se encuentran los miembros de la pareja, para de esta manera aumentar las probabilidades de tener resultados perinatales favorables. También se realizarán actividades tales como: anamnesis, exploración física, cribado de Chlamydia en menores de 25 años o con factores de riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria y suplementación farmacológica (0,4 mg/día de ácido fólico) (**MSP, Guía de Control prenatal , 2015**).

11.9.1. 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. (Ministerio de Salud Pública, Guía de practica clinica. Control Prenatal , 2015).

Independientemente de la edad gestacional, en la primera consulta, se recomienda que el profesional de la salud, realice las siguientes acciones:

- Apertura de historia clínica prenatal base y carné perinatal.
- Calcular la fecha probable de parto por Fecha de última menstruación en caso de duda sobre la edad gestacional corroborar con la primera ecografía realizada.
- Medir y registrar presión arterial (ver GPC Trastornos hipertensivos del embarazo).
- Medir y registrar el peso, talla y cálculo del IMC materno
- Determinar los factores de riesgos (modificables y no modificables).
- Solicitar grupo sanguíneo y factor Rh, biometría hemática y VDRL.
- Descartar incompatibilidad de grupo y factor Rh (Coombs indirecto).
- Descartar anemia.
- Suplementar ácido fólico 0,4 mg + 60 mg de hierro elemental diario.
- Detectar de diabetes gestacional, solicitar glucosa en ayunas
- Detectar VIH y hepatitis B. Realizar tamizaje de función tiroidea
- Buscar bacteriuria asintomática y proteínas en orina (examen elemental y microscópico de orina (ver guía infección de vías urinarias en la embarazada).
- Solicitar una ecografía de rutina entre las 11-14 semanas y/o, entre las 18- 24 semanas de gestación.
- Realizar la referencia de las embarazadas que presenten factores de riesgo para Síndrome de Down (edad materna avanzada > de 35 años, antecedentes familiares o personales de malformaciones congénitas, antecedentes de exposición a teratógenos, edad materna avanzada) a segundo o tercer nivel para tamizaje y asesoría genética.
- Examen odontológico.
- Programar los controles subsecuentes y registrar la fecha en la hoja de control y en el carné perinatal.
- 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.

- Enseñarle los signos y síntomas de alarma y orientar a donde asistir para su atención.
- Por último programar la siguiente consulta prenatal (Ministerio de Salud Pública, Guía de práctica clínica. Control Prenatal, 2015).

11.10. 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 (Ministerio de Salud Pública, Guía de práctica clínica. Control Prenatal, 2015)

11.10.1. 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:

- 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.
- Valorar la presión arterial: La preeclampsia y eclampsia durante el embarazo constituyen las principales causas de morbimortalidad 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.
- Efectuar las Maniobras de Leopold. Estas se podrán realizar a partir de las 20 semanas.
- 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.
- 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 28semanas.
- Valorar la Hemoglobina (Hb). Una hemoglobina menor a 11 será considerada como

anemia. A través de la química sanguínea descartar la posibilidad de diabetes gestacional.

- 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.
- Programar y registrar la siguiente consulta prenatal entre las 27 y 29 semanas (Ministerio de Salud Pública, Guía de práctica clínica. Control Prenatal, 2015).

11.10.2. 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.
- Valorar el peso materno
- Valorar la presión arterial
- Realizar las maniobras de Leopoldo y poner mayor atención en la posición, presentación y situación del feto.
- Medir la altura uterina
- Valorar por palpación los movimientos fetales
- Investigar la presencia de signos y síntomas de alarma
- Valorar el riesgo perinatal durante la evolución del embarazo.

- Continuar con: La administración de hierro.
- Las actividades de Promoción a la Salud señaladas en la primera visita prenatal y refuerza los signos y síntomas de alarma.
- Preparación para el nacimiento, lactancia y crianza.
- Administrar la segunda dosis de toxoide tetánico (Ministerio de Salud Pública, Guía de práctica clínica. Control Prenatal , 2015)

11.10.3. 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.
- Valorar el peso materno y signos vitales
- 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.
- Medir la altura uterina y poner énfasis en la cuarta maniobra.
- Valorar la frecuencia cardíaca fetal.
- Valorar por palpación los movimientos fetales.
- Revisar biometría hemática y el examen general de orina.
- Investigar la presencia de signos y síntomas de alarma.
- Valorar el riesgo perinatal durante la evolución del embarazo.
- Investigar las expectativas de la mujer y de su familia con relación al nacimiento.
- Continuar con la administrando hierro.
- Continuar con las actividades de promoción a la salud señaladas en la primera visita

prenatal y reforzar los signos y síntomas de alarma.

- 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.
- Enfatizar la enseñanza de los datos que indican el inicio del trabajo de parto (Ministerio de Salud Pública, Guia de practica clinica. Control Prenatal , 2015).

11.10.4. 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:

- Corroborar la fecha probable de parto y obtener las semanas de gestación.
- Valorar el peso materno y signos vitales, teniendo énfasis en la presión arterial.
- 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.
- Medir la altura uterina.
- Valorar la frecuencia cardiaca fetal y los movimientos fetales.
- Revisar los resultados de la biometría hemática y examen general de orina.
- Investigar la presencia de signos y síntomas de alarma.
- Valorar el riesgo perinatal durante la evolución del embarazo.
- Investigar las expectativas de la mujer y de su familia con relación al nacimiento (Ministerio de Salud Pública, Guia de practica clinica. Control Prenatal , 2015).

11.11. Factores Sociales que se asocian al cumplimiento de los controles prenatales

El término social hace mención a los diferentes procesos y fenómenos que se relacionan con los aspectos sociales de una comunidad o sociedad y que están determinados por el entorno.

Los factores sociales en los que se desarrolla un individuo pueden afectar a su salud. Las diferencias socioeconómicas generan una desigualdad en salud que no solo incrementa la morbimortalidad general, si no que se traduce en una pequeña utilización de los servicios preventivos y de planificación, así como en un mayor porcentaje de hábitos nocivos para la salud en los grupos más deprimidos.

En la actualidad los factores sociales están íntimamente relacionados con problemas en la atención de la mujer gestante, ya que estos actúan en muchos casos como barreras que limitan la accesibilidad de estas a los diferentes servicios de salud.

11.11.1. Ubicación Geográfica. Al decir ubicación geográfica nos referimos al lugar en donde habita la gestante factor que puede aportar con el incumplimiento de las consultas prenatales, debido a las largas distancias que deben transitar para llegar hasta el centro de salud, lo que sumado al desempleo en sus parejas o a veces en ellas mismas fortalecen dicho incumplimiento. Datos obtenidos en la encuesta ENSANUT- 2012 refleja que el 63,5% del total de gestantes que viven en el área rural cumplieron con la norma de atención prenatal (1er control en 1er trimestre y 5 controles o más).

11.11.2. Edad y Estado Civil.

11.11.2.1. Edad. La edad a la que mayoritariamente se observa la inasistencia al control

prenatal es las de gestantes adolescentes.

11.11.2.2. Estado civil. La condición de solteras de algunas gestantes puede ejercer un aporte negativo a la periodicidad del control prenatal, debido a que no se cuenta con un apoyo emocional por parte de su pareja.

11.11.3. Apoyo Familiar. Pachón (como se citó en Navarro, 2013) expresa que la familia como red de apoyo demuestra su relevancia al hacer posible la supervivencia de la madre y de los hijos al tomar como responsabilidad familiar el cuidado de los niños.

Encontró en su estudio que el 76,3% del total de gestantes que se sentían casi siempre satisfechos con el soporte familiar presentaron adherencia al control prenatal; mientras que las gestantes que manifestaron nunca sentirse satisfechas, no se adhirieron a estos controles.

11.11.4. Dependencia Económica. 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, 2017).

11.12. Factores epidemiológicos que se relacionan con el cumplimiento del control prenatal.

11.12.1. Gestación Planificada. Es importante que la mujer se eduque y se informe acerca del embarazo y los cambios que trae consigo pero, en esta época de sobrecarga informativa, es primordial que aprenda también a “escuchar” a su cuerpo ya que será su propia sabiduría la que le dará inspiración para lograr una maternidad sin riesgos.

Así, el fin de los autocuidados en el embarazo está orientado, además de a mantener la salud de la madre, a lograr que el bebé nazca sano y que el embarazo pueda llegar a un desenlace feliz: **un parto y un nacimiento sin riesgos para el bebé y para la mamá.**

En los Estados Unidos cerca del 55% de las embarazadas no reciben atención prenatal temprana. Los factores que influyen en el comienzo tardío de la atención prenatal, el 90% es el embarazo no planificado (Obstetricia Clínica, 2014).

11.12.2. Complicaciones durante la gestación. Aunque la mayoría de los embarazos se desarrollan sin problemas, en ciertas ocasiones aparecen complicaciones imprevistas durante el curso de éste. Un gran número de posibles complicaciones se puede prevenir si se descubre el factor de riesgo durante el control prenatal.

11.12.2.1. Embarazo múltiple. A partir de las ocho semanas es posible diagnosticar ecográficamente un embarazo múltiple. Es un embarazo con mayor riesgo porque se asocia a parto prematuro. Además, dependiendo si el embarazo es de gemelos o mellizos, **cada caso requiere un tratamiento diferente**. Lo mejor, en todo caso, es seguir las indicaciones de tu médico.

11.12.2.2. Enfermedad Rh. La sangre de cada persona puede tener factor Rh positivo o negativo. **Esta enfermedad entra en juego si la madre lo tiene negativo, el padre positivo y el bebé hereda factor positivo**. Este bebé no tendrá ningún problema, pero en este caso, la mamá debe recibir gamaglobulina postparto como precaución. Esta sustancia evita la formación de anticuerpos en el cuerpo de la madre que pueden destruir la sangre de un futuro segundo bebé, siempre que éste nazca con Rh positivo.

11.12.2.3. Desprendimiento de placenta. Ocurre cuando se origina **una hemorragia en la zona comprendida entre la pared uterina y la placenta** que provoca el despegamiento de la misma antes de que el bebé haya nacido. Es una complicación grave que suele darse durante el último trimestre del embarazo. La parte de placenta desprendida deja de aportar el oxígeno que el bebé necesita. Para salvar al bebé de esta situación, que es irreversible, debe hacerse una cesárea de urgencia.

11.12.2.4. Placenta previa. Se denomina así cuando la placenta se ubica anatómicamente por delante de la cabeza del bebé tapando el orificio del cuello. Esta situación es frecuente hasta las 20 semanas de embarazo, pero en la medida que el útero va creciendo la placenta se desplaza hacia una posición correcta. Si permanece mal ubicada para la fecha de parto, será imposible tener un parto vaginal

11.12.2.5. Polihidramnios. Se denomina así al exceso de líquido amniótico. Sus causas

pueden ser debidas a un bebé de gran tamaño o al embarazo múltiple, o bien ser consecuencia de una enfermedad de la madre como la diabetes o una enfermedad del bebé como las llamadas malformaciones congénitas. También puede aparecer sin causa alguna y el bebé puede ser totalmente normal. En todo caso, la consecuencia principal del exceso de líquido amniótico puede ser un parto prematuro.

11.12.2.6. Oligoamnios. Es la disminución de la cantidad de líquido amniótico. Posiblemente esto suceda por malformaciones congénitas en las vías urinarias fetales. Puede ser la causa de que un bebé tenga muy bajo peso.

11.12.2.7. Anemia. Los glóbulos rojos contienen hemoglobina, sustancia que transporta el oxígeno desde tus pulmones a todos los tejidos de tu organismo. Durante el embarazo, hay **una leve disminución de la concentración de hemoglobina** que si es excesiva, estás anémica. Esto no afecta al bebé.

11.12.2.8. Diabetes gestacional. Sólo permanece durante el embarazo y es consecuencia de la influencia de las hormonas placentarias. La doctora Bernal informa que el tratamiento de **la diabetes gestacional está basado en una dieta muy estricta en hidratos de carbono**, y a veces, es necesaria la administración de inyecciones de insulina diarias.

11.12.2.9. Preeclampsia. Se denomina así a la hipertensión arterial provocada por el embarazo. **Se desarrolla en mujeres que previamente eran hipertensas**, a partir de las 20 semanas de gestación. Es una enfermedad peligrosa tanto para la madre como para el bebé, que puede sufrir una disminución de su crecimiento

11.12.2.10. Retraso del crecimiento intrauterino (RCIU). Hablamos de retraso del crecimiento intrauterino cuando un bebé no está creciendo dentro del útero a la velocidad

normal. Al nacer, estos bebés suelen tener poco peso y es probable que necesiten quedarse más tiempo de lo normal en el hospital. Sin embargo, alcanzan el tamaño normal alrededor de los 2 años de edad. Por lo general, estos bebés tienen un peso bajo al nacer. La mayoría de los casos de RCIU están fuera de control de la mamá. Eso sí, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas pueden desencadenar este crecimiento retardado.

11.12.2.11. Embarazo múltiple. El embarazo múltiple es un que embarazo se considera de mayor riesgo porque se asocia a parto prematuro y desarrollo de preeclampsia. Además es importante diferenciar si los bebés son gemelos o mellizos. Los gemelos pueden compartir la placenta o la bolsa, lo cual puede complicar el desarrollo durante el embarazo y el parto.

11.12.2.12. Aborto. Un aborto (espontáneo) es la pérdida de un feto por causas naturales antes de las 20 semanas de embarazo. En cambio, se denomina feto muerto a la pérdida del mismo por causas naturales después de las 20 semanas de embarazo (EMBARAZO,net, 2017).

11.12.3. Número, inicio y asistencia a los controles prenatales. Lo mínimo son 5 controles prenatales; según normas del Ministerio de Salud Pública.

Aplicando en forma rutinaria y extensiva, conjuntamente con otras medidas de salud pública como la atención institucional del nacimiento, el empleo de criterios de riesgo para determinar referencias y niveles de asistencia y la atención inmediata de los recién nacidos, contribuye a evitar muertes lesiones maternas y perinatales.

11.12.3.1. Control Prenatal Precoz o temprano. Debe iniciarse lo más pronto posible, preferiblemente en el primer trimestre. Córdoba (2015) en su trabajo de investigación se

encontró con factores sociodemográficos que se asocian al inicio tardío del control prenatal: entre estos lo más frecuentes fueron: ser gestante adolescente, estado civil soltera y bajo nivel educativo.

11.12.3.2. Control Prenatal Periódico o continuo. La frecuencia de los controles prenatales depende de la presencia o ausencia de factores y elementos de riesgo. Se recomienda una consulta y revisión cada cuatro semanas hasta la semana 28, luego cada dos semanas hasta la 37, y de ahí hasta el momento del parto cada semana, en un embarazo de alto riesgo el intervalo de las consultas debe ser menor.

11.12.3.3. Control Prenatal Completo o integral. Cuando cumple con los contenidos mínimos de control, que deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

f. METODOLOGIA

Tipo de estudio

La investigación fue de tipo descriptivo-trasversal, a través de la investigación se detalló la situación real de las pacientes embarazadas en relación a los factores sociales y factores epidemiológicos con el cumplimiento del control prenatal, durante el período septiembre 2017 a febrero 2018.

Área de estudio

La investigación se ejecutará en el Centro de Salud N° 1, mismo que se encuentra ubicado en la Avenida Cuxibamba e Ibarra, del centro de la ciudad de Loja, la población que pertenece a este Centro es urbana y la edad de los pacientes que acuden a la atención es muy amplia, brindando atención a toda persona.

Universo y muestra

El universo de estudio fue de 257 mujeres gestantes, donde se tomó una muestra de 104 Mujeres embarazadas a partir de los 6 meses de gestación.

VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES

Las variables que se midieron en la presente investigación fueron: factores sociales y factores epidemiológicos asociados al cumplimiento del control prenatal.

Método, Técnicas e Instrumento

La técnica que se utilizó fue una encuesta, que se tomó del artículo realizado en el Centro de Salud Montalvo, Los Ríos, 2015 (Anexo 2), la misma que ha sido adecuada a las necesidades del proyecto, está constituido por 12 preguntas cerradas, de las cuales 3 preguntas corresponde a los datos generales: edad, estado civil y escolaridad, 5 preguntas acerca de los factores sociales y 4 preguntas acerca de los factores epidemiológicos que

se relacionan en el cumplimiento de los controles prenatales en las mujeres que asisten al Centro de Salud N°1.

Fuentes de información

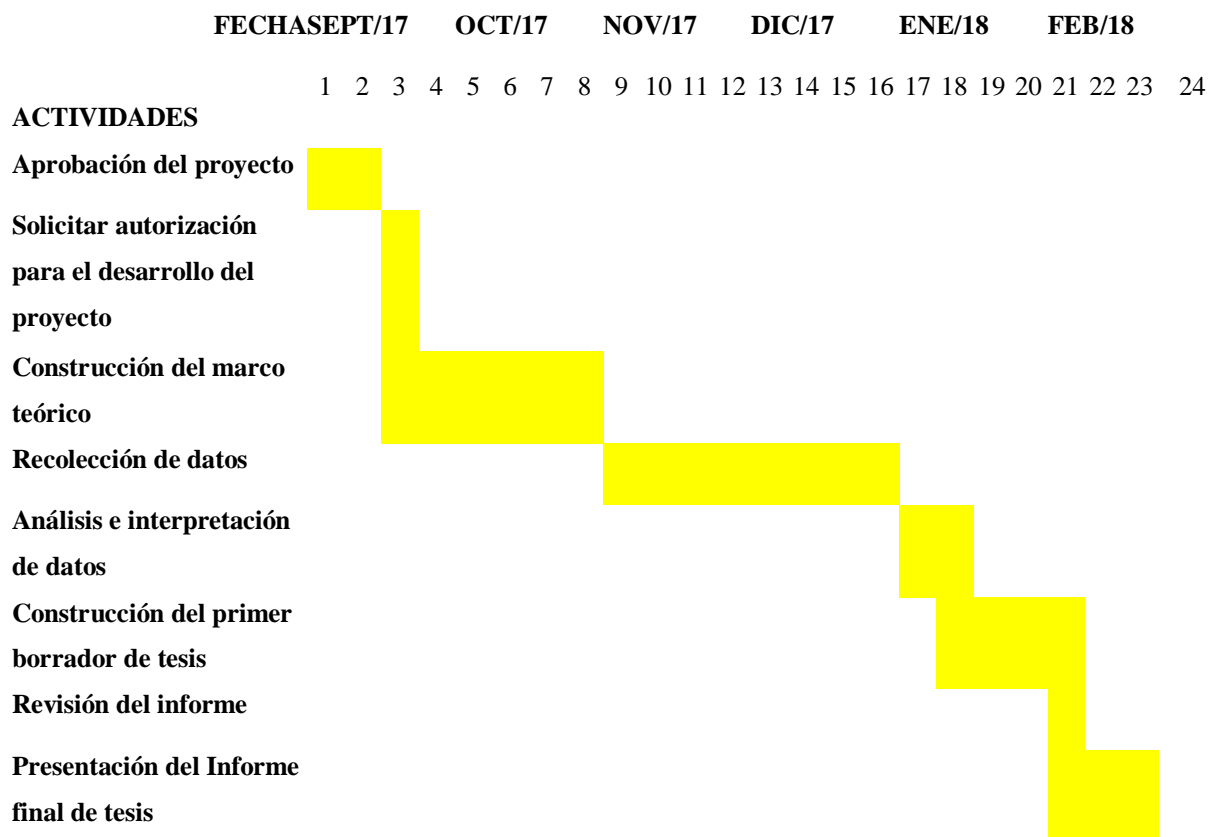
La información recibida para la realización de la investigación será obtenida de fuentes primarias, es decir la aplicación del instrumento será directamente a las madres, y como fuente secundaria será la historia clínica y la información obtenida de libros y artículos, para la elaboración del marco teórico y además se sustentara la discusión de los resultados.

Consideración ética

El proyecto previamente aprobado, contará con el permiso y autorización del Director del Centro de Salud N°1, luego de lo cual se aplicará el Consentimiento Informado a las gestantes que acuden al Centro de Salud N°1 (Anexo 2), el mismo que permitirá que las participantes conozcan todos los procesos realizados antes, durante y después de la investigación, el uso de los resultados serán únicamente para fines educativos.

g. CRONOGRAMA

Proyecto: Factores sociales y epidemiológicos y su relación con el cumplimiento del control prenatal.



Elaborado por: Rosmery Beatriz Márquez Jiménez

h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Proyecto: Factores sociales y epidemiológicos y su relación con el cumplimiento del control prenatal.

Presupuesto total: 200\$ Autofinanciado.

Rubros

	UNL	Fondos externos
	<i>(en dólares)</i>	
Impresiones.		60,00
Copias.		40,00
Transporte.		25,00
Internet.		35,00
Empastado		60,00
Lápiz, Esfero, Borrador, hojas, perfil		10,00
Varios.		50,00
Sub-Total		280,00

Elaborado por: Rosmery Beatriz Márquez Jiménez

i. Bibliografía

1. Arispe, C. e. (2012). *Revista Medica Herediana*. Obtenido de Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia.: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2011000400004&script=sci_arttext
2. Córdoba, R. e. (2012). Factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián de la Plata, Huila. Obtenido de <https://www.journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/118>
3. ENSANUT, E. N. (2013).
4. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Salud Sexual y Reproductiva).
5. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Censo de Población y Vivienda –Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) 2010. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/pobreza/>
6. Mendoza, T. e. (2015). *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. Obtenido de Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000400005
7. Ministerio de Salud Pública, M. (2013). *CONE, Norma para el cuidado Obstetrico y Neonatal Esencial en el Sistema Nacional de Salud* . Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Norma-Cone-digital-27-05-14.pdf>
8. Ministerio de Salud Pública. Componente Normativo Materno. 2008. 28

9. Ministerio de Salud Pública. Guía de Alimentación y Nutrición de la mujer gestante y de la madre en período de lactancia. 2014. 16-18, 23.
10. Ministerio de Salud Pública. Por una Maternidad y Nacimientos Seguros. Ficha Técnica-2010. 9, 15 Embarazo. 2015. 3-4
11. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Noticias: MSP emite la norma CONE como parte de la estrategia para la reducción de muerte materna y neonatal. 2013. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/msp-emite-la-norma-cone-como-parte-de-la-estrategia-para-la-reduccion-de-muerte-materna-y-neonatal/>
12. MSP. (2015). Ecuador sin muertes maternas. 24 de octubre del 2015, de Ministerio de Salud Pública Sitio web: <http://www.salud.gob.ec/ecuador-sin-muertes-maternas/>
13. MSP. (2010). Por una maternidad y nacimientos seguros. 13 de octubre del 2015, de Ministerio de Salud Pública Sitio web: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D199.pdf
14. MSP. (2015). *Guía de Control prenatal* . Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>
15. MSP, M. d. (2016). Lecciones aprendidas por los equipos de mejoramiento continuo de calidad .
16. MSP, M. d. (s.f.). *Ley de Maternidad Gratuita y atención a la Infancia* . Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/msp-se-garantiza-derecho-a-maternidad-gratuita-y-atencion-a-la-infancia-en-el-marco-de-la-gratuidad-general-en-salud/>
17. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Norma Técnica “Educación Prenatal” Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, febrero de 2015, Quito, Ecuador 13. Routine Prenatal care. ICSI 2007. <http://www.guideline.gov/compare/compare.as>

- 18.** Ministerio de Salud Pública. Infección de vías urinarias en el embarazo. Guía de Práctica Clínica. Quito: MSP; 2013. Disponible en: <http://salud.gob.ec>.
- 19.** Ministerio de Salud Pública. Hipotiroidismo congénito. Guía de Práctica Clínica. Quito: MSP; 2013. Disponible en: <http://salud.gob.ec>.
- 20.** Ministerio de Salud Pública. Anemia en el embarazo. Guía de Práctica Clínica. Quito: MSP; 2013. Disponible en: <http://salud.gob.ec>.
- 21.** Ministerio de Salud Pública. Trastornos hipertensivos del embarazo. Guía de Práctica Clínica. Quito: MSP; 2013. Disponible en: <http://salud.gob.ec>.
- 22.** Ministerio de Salud Pública. Atención integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia, Cuadros de procedimientos. Quito: MSP 2016
- 23.** Ministerio de Salud Pública. Norma y Protocolo Materno. Quito: MSP; 20015, Disponible en: <http://salud.gob.ec>
- 24.** MSP. (Agosto de 2015). SNS. Obtenido de Componente Normativo Materno Neonatal:
file:///F:/TESIS/artiuculs/CONTROL/marco%20teorico/2.%20Componente%20Normativo%20Materno.pdf
- 25.** Nacional, A. (2016). Obtenido de <http://ppless.asambleanacional.gob.ec/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/ff847adc-d6e6-45f6-ab70-e598b9175bfa/Proyecto%20de%20Ley%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Intercultural%20para%20el%20Parto%20Humanizado%20en%20el%20Sistema%20Nacional%20de%20Salud%20Tr.%20242>
- 26.** *Obstetricia Clínica*. (2010). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- 27.** OMS, O. M. (2016). Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

28. OMS. (2014). *Control prenatal* . Recuperado el 06 de 08 de 2017, de Oms: <http://www.who.int/topics/control/prenatal/es/>
29. OMS. (2015). Lactancia Materna. 20 de octubre del 2015, de Organización Mundial de la Salud Sitio web: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
30. Poffald, L. e. (2013). *Salud Pública de México*. Obtenido de Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342013001000006&script=sci_arttext&tlng=en
31. Tinoco Loja, J. E., & Tinoco Loja, J. E. (2012). Factores limitantes para el control prenatal periódico y oportuno en las embarazadas que acuden a la consulta externa del Hospital Universitario de Motupe-Loja, periodo Febrero-Agosto 2011 (Doctoral dissertation).
32. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA.
CARRERA DE ENFERMERIA.**

Anexo 1

Proyecto: Factores sociales y epidemiológicos y su relación con el cumplimiento del control prenatal.

Operacionalidad de variables.

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR.	ESCALA
Control prenatal Es un conjunto de acciones periódicos y asistenciales para la evaluación integral y establecer medidas preventivas oportunas considerando aspectos relevantes como la condición nutricional entre otros, por parte del personal de salud, con un inicio precoz Factores asociados a la falta.- Los factores que contribuyen a la falta de los controles prenatales, no solo son numerosos y complejos, sino que también actúan de forma distinta y pueden ser socioeconómicos, maternos, epidemiológicos		Trabajo	Si No
		Vivienda	Urbana Rural
	Sociales	Convivencia	Padres Conviviente Sola
		Apoyo familiar	Si No
		Dependencia económica	Si No
		Gestión planificada	Si No
	Epidemiológicas	Complicaciones durante la gestación	Si No
			Complicaciones en 1er trimestre Complicaciones en el 2do trimestre
			Complicaciones en el 3er trimestre

Número de controles	Óptimos (12)
	Mínimos (5)
	Deficientes (-5)
Inicio del primer control prenatal	1° trimestre
	2° trimestre
	3° trimestre

Elaborado por: Rosmery Beatriz Márquez Jiménez

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

Anexo 2

Tema: Factores sociales y epidemiológicos y su relación con el cumplimiento del control prenatal

Instrumento modificado- entrevista

N° ____

INTRODUCCION: Por medio de la presente entrevista me dirijo respetuosamente ante usted para expresarle un cordial y afectuoso saludo, deseándole éxitos en su vida diaria y a la vez solicitarle muy comedidamente ayudarme con la información para llenar la entrevista sobre el tema “Factores sociales y epidemiológicos y su relación con el cumplimiento del control prenatal”, la cual permitirá crear estrategias de solución junto a la comunidad en caso que se presente dicho problema.

2) DATOS GENERALES:

Edad:

a. Escolaridad

- () Primaria
 () Bachillerato
 () Universitaria

m. Estado civil:

- () Soltera
 () Unión libre
 () Casada
 () Otros, especifique.....

4) FACTORES SOCIALES

n. Ocupación y Jornada laboral.

- Ama de casa
- Trabajadora independiente.....
- Trabajadora dependiente.....
- Estudiante.....

o. Procedencia

- Urbana
- Rural

p. Convivencia:

- Padres
- Esposo e hijos
- Familiares
- Sola

q. Recibe apoyo familiar por parte de su familia

- Si
- No

r. ¿Cuántos minutos/horas se hace usted desde su casa hasta el centro de salud?

- Menos de 10 Minutos
- Entre 10 a 30 minutos
- Mas de 30 minutos.

5) FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS:

s. Gestación planificada

- Si
- No

t. Complicaciones durante la gestación

- No
- Si....en caso de ser positiva la respuesta conteste la pregunta siguiente o salde al literal k

u. Indique que tipo de complicaciones tuvo o tiene durante su embarazo

.....

v. ¿Cuándo tuvo su primer control prenatal?

- Primer trimestre (1 a 12 semanas)
- II trimestre (13- 24 semanas)
- III trimestre (24 – 40 semanas)

w. ¿Cuántos controles prenatales ha tenido durante su gestación?

- 3 o más de 3 controles
- Menos de 3 controles



UNIVERSIDAD NACIONAL DE

LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

Anexo 3

Consentimiento informado

N° __

DATOS GENERALES:

Dirección:

Fecha:

Buenos días.

Soy egresado de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, actualmente me encuentro realizando un estudio con la finalidad de recolectar información sobre “FACTORES SOCIALES Y EPIDEMIOLOGICOS Y SU RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL”, el mismo que servirá para optar mi título profesional de Licenciada en Enfermería.

Para ello le solicito su participación voluntaria la cual será de mucha importancia para el estudio. Al mismo tiempo debo indicarle que de aceptar participar en el estudio, su colaboración será anónima, en ningún momento se afectará su integridad física ni moral.

¿Desearía participar en el estudio?

SI NO

De ser positiva su respuesta, le agradezco y a continuación se procederá a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos. Muchas gracias.

.....

FIRMA**C.I**