



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TRABAJO ESTRUCTURADO DE MANERA INDEPENDIENTE

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“FACTORES QUE INCIDEN EN LA ADHERENCIA AL CONTROL
PRENATAL EN MUJERES GESTANTES EN EL SUBCENTRO DE
SALUD DEL CANTÓN QUERO PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL
PERÍODO AGOSTO 2012 - MARZO 2013”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autor: Enríquez Bautista, Marco Vinicio

Tutor: Dr. Mena Villarroel, Luis Byron

Ambato – Ecuador

Octubre - 2013

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: **“FACTORES QUE INCIDEN EN LA ADHERENCIA AL CONTROL PRENATAL EN MUJERES GESTANTES EN EL SUBCENTRO DE SALUD DEL CANTÓN QUERO PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO AGOSTO 2012 - MARZO 2013”** presentado por Marco Vinicio Enríquez Bautista estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Agosto 2013

EL TUTOR

Dr. Byron Mena

AUTORIA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de Investigación “**FACTORES QUE INCIDEN EN LA ADHERENCIA AL CONTROL PRENATAL EN MUJERES GESTANTES EN EL SUBCENTRO DE SALUD DEL CANTÓN QUERO PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO AGOSTO 2012-MARZO 2013**” como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta con de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Agosto 2013

EL AUTOR

Marco Vinicio Enríquez Bautista

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realicen respetando mis derechos de autor.

Ambato, Agosto 2013

EL AUTOR

Marco Vinicio Enríquez Bautista

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación sobre el tema **“FACTORES QUE INCIDEN EN LA ADHERENCIA AL CONTROL PRENATAL EN MUJERES GESTANTES EN EL SUBCENTRO DE SALUD DEL CANTÓN QUERO PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO AGOSTO 2012 - MARZO 2013”** de Marco Vinicio Enríquez Bautista, estudiante de la Carrera de Medicina

Ambato, Octubre 2013

Para constancia firma:

Presidente/a

1er Vocal

2do Vocal

DEDICATORIA

Al llegar a la culminación de este trabajo quiero dedicar mi esfuerzo aquellos seres que me dieron la vida mis padres y en especial mi madre quien con su dedicación y esfuerzo influyo en mi vida ya que ella es mi gran inspiración y ejemplo de perseverancia y constancia porque gracias a ella aprendí que en la vida nada es fácil y siempre hay que luchar por uno mismo para conseguir lo que se quiere.

Este trabajo también está dedicado aquellas personas familiares, maestros, amigos(as), que con apoyo desinteresados siempre me incentivaron para seguir adelante en este largo camino.

Marco Enríquez

AGRADECIMIENTO

Al concluir esta etapa de mi vida quiero agradecer primero a Dios por que con su infinita divinidad ha guiado mis pasos y me permitió terminar otra etapa más de mi vida, a mis padres que siempre supieron apoyarme y guiarme ser ejemplo de amor, perfecta entrega superación, estuvieron siempre presentes en aquellos momentos de alegrías, tristezas, animándome siempre para seguir adelante.

A mi tío Luis Bautista que gracias a su apoyo, empuje y perseverancia inicie con mucho sacrificio mi Carrera de Medicina a mis hermanas y especialmente a Sonnia quien con su sacrificio me apoyado durante todo este trajinar.

A mi tutor de tesis Dr. Byron Mena que más que tutor ha sido amigo guiando compartiendo todos sus conocimientos aconsejando compartiendo experiencias y manera de trabajar y motivación.

A la Universidad Técnica de Ambato que en sus aulas recibí las enseñanzas que pondré en práctica durante toda mi vida profesional y además de gratos recuerdos que jamás olvidare.

Y como no agradecer al Hospital Provincial General de Latacunga que me acogió durante todo mi año de internado.

Marco Enríquez

PÁGINAS PRELIMINARES

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORIA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
RESUMEN	xiii
SUMMARY.....	xv
INTRODUCCIÓN.....	1

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Tema.....	2
1.2. Planteamiento del problema	2
1.2.1 Contextualización del problema	2
1.2.2. Análisis crítico	6
1.2.3. Prognosis	7
1.2.4. Formulación del problema.....	7
1.2.5. Preguntas directrices	7
1.2.6. Delimitación del problema.....	8
1.3. Justificación	8
1.4. Objetivos.....	9
1.4.1. General.....	9
1.4.2. Específicos.....	9

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes investigativos.....	10
2.2. Fundamentación filosófica	11

2.3. Fundamentación legal.....	11
2.4 Categorías fundamentales.....	14
2.5. Fundamentación teórica.....	17
2.5.1.1 Factor de riesgo.....	17
2.5.1.2 Factores de riesgo paciente.....	17
2.5.1.3 Factores de riesgo servicios de salud.....	17
2.5.2.1 Control prenatal.....	18
2.5.2.2 Características del control prenatal.....	18
2.5.2.3 Actividades del control prenatal.....	19
2.5.2.3.1 Historia Clínica.....	20
2.5.2.3.5 Exámenes paraclínicos básicos del control prenatal.....	29
2.5.2.3.6 Micronutrientes e Inmunización.....	33
2.5.2.4 Organización de las consultas prenatales.....	34
2.5.2.4.1 Primera consulta prenatal.....	35
2.5.2.4.2 Segunda consulta prenatal.....	38
2.5.2.4.3 Tercera consulta prenatal.....	40
2.5.2.4.4 Cuarta consulta prenatal.....	40
2.5.2.4.5 Última consulta prenatal.....	42
2.6. Hipótesis.....	42
2.7. Señalamiento de variables.....	43

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Enfoque de la Investigación.....	44
3.2. Modalidad básica de la investigación.....	44
3.3. Niveles de la investigación.....	44
3.4. Población y muestra.....	45
3.5. Operacionalización de variables.....	46
3.6. Recolección de información.....	48
3.7. Procesamiento y Análisis.....	48

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Factores sociodemográficos.....	50
-------------------------------------	----

4.2 Factores Personales	59
4.3 Verificación de Hipótesis.....	68

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones	69
5.2 Recomendaciones	70

CAPÍTULO IV

LA PROPUESTA

6.1 Datos informativos:	71
6.2 Antecedentes de la propuesta	72
6.3 Justificación	72
6.4 Objetivos.....	73
6.4.1. General	73
6.4.2. Específicos.....	73
6.5 Análisis de factibilidad.....	73
6.6 Fundamentación teórica.....	74
Sistema de seguimiento.....	74
Beneficios de contar con un Sistema de Seguimiento	74
Herramientas para el Seguimiento a Usuarios.....	75
Tarjetero de seguimiento	75
Los mapas	77
Visitas domiciliarias de seguimiento	79
Implementación del sistema de seguimiento	80
6.7 Modelo operativo	81
6.8 Administración de Recursos	82
6.9 Previsión de la evaluación	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
ANEXOS	88
ANEXO 1: CUESTIONARIO	88
ANEXO 2 FORMULARIO DE CLASIFICACIÓN	90
ANEXO 3 LISTA DE VERIFICACIÓN DEL COMPONENTE BÁSICO	91

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1	Factores de riesgo en la gestación	20
Tabla N° 2	Laboratorio básico del control prenatal	30
Tabla N° 3	Operacionalización variable independiente	46
Tabla N° 4.	Operacionalización variable dependiente	47
Tabla N° 5	Distribución de la población según edad materna	50
Tabla N° 6	Distribución de la población según la ocupación	52
Tabla N° 7	Distribución de la población según el estado civil	53
Tabla N° 8	Distribución de la población según la procedencia	54
Tabla N° 9	Comparación de controles prenatales y el lugar de procedencia de la paciente gestante	55
Tabla N° 10	Distribución de la población según la escolaridad	56
Tabla N° 11	Comparación de Controles Prenatales y el nivel de instrucción de la paciente gestante	57
Tabla N° 12	Distribución de la población según el número de controles prenatales	59
Tabla N° 13	Distribución de la población según la edad gestacional en la que inicio el control prenatal	60
Tabla N° 14	Tarjetero de seguimiento de pacientes	76
Tabla N° 15	Modelo operativo	81

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1	Gráficos de Inclusión Interrelacionados	14
Gráfico N° 2	Incremento de peso materno en función de la edad gestacional	25
Gráfico N° 3	Evaluación de la altura uterina	26
Gráfico N°4	Patrones normales de la altura uterina en función de la edad gestacional	26
Gráfico N° 5	Primera maniobra de Leopold	27
Gráfico N° 6	Segunda maniobra de Leopold	28
Gráfico N° 7	Tercera maniobra de Leopold	28
Gráfico N° 8	Cuarta maniobra de Leopold	29
Gráfico N° 9	Distribución de la población según edad materna	51
Gráfico N° 10	Distribución de la población según la ocupación	52

Gráfico N° 11 Distribución de la población según el estado civil	53
Gráfico N° 12 Distribución de la población según la procedencia	55
Gráfico N° 13 Comparación de controles prenatales y el lugar de procedencia de la paciente gestante	56
Gráfico N° 14 Distribución de la población según la escolaridad	57
Gráfico N° 15 Comparación de Controles Prenatales y el nivel de instrucción de la madre	58
Gráfico N° 16 Distribución de la población según el número de controles prenatales	59
Gráfico N° 17 Distribución de la población según la edad gestacional en la que inicio el control prenatal	61
Gráfico N° 18 Motivos de ausencia en las citas asignadas durante el control prenatal	62
Gráfico N° 19 Dificultades para conseguir las citas de control prenatal	63
Gráfico N° 20 Tiempo de camino del hogar al centro de salud en donde se realiza su control prenatal	64
Gráfico N° 21 Conocimiento de la importancia del control prenatal	65
Gráfico N° 22 Consideración de la importancia de continuar en el control prenatal	66
Gráfico N° 23 Satisfacción con la atención recibida por parte del médico	66
Gráfico N° 24 Información adecuada de la importancia del control durante la gestación	67

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

**“FACTORES QUE INCIDEN EN LA ADHERENCIA AL CONTROL
PRENATAL EN MUJERES GESTANTES EN EL SUBCENTRO DE
SALUD DEL CANTÓN QUERO PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL
PERÍODO AGOSTO 2012 - MARZO 2013”**

Autor: Enríquez Bautista, Marco Vinicio

Tutor: Dr. Mena Villarroel, Luis Byron

Fecha: Agosto 2013

RESUMEN

El control prenatal se considera como la piedra angular que permite evitar y controlar la morbilidad y los causales de la muerte perinatal fundamentándose en la detección y prevención oportuna de los problemas de salud.

El presente trabajo investigativo tuvo como interrogante el conocer los factores de la pacientes embarazadas que incide en la adherencia al control prenatal en el subcentro de salud del cantón Quero.

El enfoque del trabajo realizado fue cuali-cuantitativo, aplicando la investigación de campo, con un nivel tipo descriptivo, con 56 pacientes embarazadas que acudieron al control prenatal, la información se obtuvo mediante encuesta; para el análisis estadístico se utilizó el programa Microsoft Excel.

Se concluyó que principales factores que inciden son el lugar de procedencia, el tiempo y la ocupación y el nivel de educación, además que la mayoría de embarazadas solo acuden de 1-3 veces al control

prenatal, que su primer control se lo realizan a las 12 semanas de gestación y no desde el primer mes de embarazo, que no reciben suficiente información sobre los beneficios de acudir periódicamente al control prenatal por lo que el rol desempeñado por parte del servicio de salud se lo realiza de forma incompleta. Ante estos hallazgos se recomienda realizar nuevas investigaciones con mayor número de pacientes y en diferentes zonas lo cual permitirá definir exactamente el grado de asociación de los diversos factores aquí analizados

Debido a todos estos resultados y para cumplir con el objetivo se decide plantear como propuesta la implementación de un sistema de seguimiento materno perinatal en el sub-centro de salud del cantón Quero.

PALABRAS CLAVES: ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, PROMOCIÓN EN SALUD, MATERNIDAD SEGURA, ATENCIÓN PRENATAL

TECHNICAL UNIVERSITY AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
MEDICAL CAREER

**"FACTORS THAT AFFECTING ADHERENCE TO CONTROL
PRENATAL IN PREGNANT WOMEN IN HEALTH SUBCENTRE QUERO
CANTON PROVINCE TUNGURAHUA IN THE PERIOD AUGUST 2012 -
MARCH 2013"**

Author: Enríquez Bautista, Marco Vinicio

Tutor: Dr. Mena Villarroel, Luis Byron

Date: August 2013

SUMMARY

Prenatal care is considered as the cornerstone that can prevent and control morbidity and perinatal causes of death being based on timely detection and prevention of health problems

This research work was to question the know the factors that affects pregnant patients adherence to prenatal care in the health subcenter Quero canton.

The focus of the work was quality-quantitative , applied field research with a descriptive level , with 56 patients pregnant women attending antenatal care, information was obtained through a survey, for statistical analysis program was used Microsoft Excel.

It was concluded that major factors are affecting the place of origin, time and occupation and level of education, and that most pregnant only go 1-3 times to prenatal care , your first check is done to 12 weeks of gestation and the first month of pregnancy , who do not receive enough information about the benefits of regularly attend antenatal care so that the role played

by the health service is performed incompletely. Given these findings, further research is recommended with larger numbers of patients and in different areas which will define exactly the degree of association of the various factors discussed here

Due to these results and to meet the target pose as a proposal is decided to implement a tracking system in the perinatal maternal health subcenter Quero canton.

KEYWORDS: PRIMARY ATTENTION OF HEALTH, PROMOTION IN HEALTH, SURE MATERNITY, PRENATAL ATTENTION

INTRODUCCIÓN

El control prenatal se considera como la piedra angular que permite evitar y controlar la morbilidad y los causales de la muerte perinatal fundamentándose en la detección y prevención oportuna de los problemas de salud siendo la evaluación de su efectividad complicada por la presencia de factores de riesgo.

Las preocupantes estadísticas de morbimortalidad materna y perinatal en los países en desarrollo reflejan las consecuencias de no brindar un buen cuidado materno y perinatal. Tradicionalmente en los países en desarrollo se han recomendado programas de control prenatal siguiendo los lineamientos de los programas que se usan en los países desarrollados, incorporando sólo adaptaciones menores de acuerdo con las condiciones locales. Muchos de los componentes de estos programas prenatales no han sido sometidos a una rigurosa evaluación científica para determinar su efectividad. A pesar del amplio deseo de mejorar los servicios de cuidados maternos, esta falta de evidencia sólida ha impedido la identificación de intervenciones efectivas y por lo tanto la asignación óptima de recursos.

El control prenatal se define como el conjunto de servicios que se prestan a la paciente así como las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico y tratamiento y rehabilitación, los que se prestarán con calidad sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo la vida o salud con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción de la paciente. En los países en desarrollo la implementación de los programas de control prenatal rutinarios frecuentemente ha sido deficiente y las visitas clínicas son irregulares con largos tiempos de espera y una mala respuesta en el cuidado de las mujeres.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Tema:

“FACTORES QUE INCIDEN EN LA ADHERENCIA AL CONTROL PRENATAL EN MUJERES GESTANTES EN EL SUBCENTRO DE SALUD DEL CANTÓN QUERO PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO AGOSTO 2012 - MARZO 2013”

1.2. Planteamiento del problema

1.2.1 Contextualización del problema

Macro contextualización

El concepto de cuidado prenatal ha formado parte de la obstetricia durante más de 100 años. Fue introducido en Europa en 1900 y ahora hace parte de casi todos los servicios de salud del mundo. En sus inicios los esfuerzos se centraban en identificar síntomas indeseados del embarazo como la cefalea o los edemas ahora el objetivo es mejorar el resultado perinatal y disminuir las complicaciones maternas¹.

En el mundo cada año mueren aproximadamente 500.000 mujeres a causa del embarazo, el parto y el puerperio. El 99% de estas muertes sucede en países en desarrollo. En América Latina y el Caribe la razón de mortalidad para el 2007 fue de 130 por 100.000 nacidos vivos; sin embargo hay diferencias enormes entre los países por ejemplo Chile con 19.8, Haití con 690 y en Colombia se estima una razón de mortalidad materna de 104.9²

En la literatura existe controversia sobre la efectividad del control prenatal en la reducción de la mortalidad materna. Esta asociación es difícil de medir y aunque hay estudios que no demuestran ninguna reducción, la morbilidad y mortalidad maternas sí se asocian con un cuidado prenatal deficiente. Para que el cuidado prenatal sea eficaz se requiere que tenga cobertura universal que sea de inicio precoz completo idealmente en el primer trimestre.

La OMS en el año 2003 evaluó una estrategia de sólo 4 visitas en un componente básico de cuidado prenatal para las mujeres que no requieren cuidados especiales basada en un formulario de clasificación y una visita adicional en el posparto no hubo diferencias en el resultado perinatal ni en la mortalidad materna con este número reducido de visitas con respecto al control prenatal rutinario con hasta 12 visitas. Esto nos hace pensar que no es sólo el número de controles prenatales sino la calidad de los mismos es lo que puede impactar en la mortalidad materna.

Además los programas de control prenatal a adolescentes se han desarrollado con cierta regularidad en diferentes regiones del mundo. Dichos programas han reportado resultados favorables con mayor número de controles prenatales, reducción del segundo embarazo, tasa de lactancia materna prolongada, menor incidencia de neonatos con peso bajo y disminución de la mortalidad infantil³.

La organización mundial de la salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal. Sin embargo no todas las mujeres acceden al Control prenatal y algunas no logran la adherencia a las recomendaciones ni cumplir con la periodicidad de asistencia al mismo. Mediante el control prenatal podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma se

podrá controlar el momento de mayor morbilidad en la vida del ser humano como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna. El control prenatal debe ser eficaz y eficiente esto significa que la cobertura debe ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor. Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo su control es simple y no requiere de infraestructura de alto costo.

Meso contextualización

Cada año en Ecuador aproximadamente unas 300.000 mujeres se embarazan pero no todas ellas recibirán una atención de calidad como les corresponde de acuerdo a sus derechos ciudadanos. Por ejemplo en el período 1999 – 2004 apenas un 57,5% de mujeres cumplieron con la norma del MSP de realizarse al menos cinco controles prenatales. El cuidado al desarrollo del embarazo en forma temprana, periódica e integral disminuye sustancialmente el riesgo de muerte tanto materna como perinatal y propicia una adecuada atención del parto y por otro lado asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos en los periodos inmediatamente posteriores al nacimiento así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita⁴.

Un control prenatal óptimo según las normas de MSP del Ecuador comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado (médico u obstetrix) durante el período del embarazo de BAJO RIESGO. El primer control (de diagnóstico) debería ser dentro de las primeras veinte semanas para determinar localización, saco gestacional, edad gestacional, altura uterina, frecuencia cardiaca fetal, localización placentaria, marcadores cromosómicos y los otros cuatro subsecuentes (de seguimiento) repartidos periódica y continuamente de la siguiente manera: uno entre las 22 y 27 semanas; uno entre las 28 y 33

semanas; uno entre las 34 y 37 semanas y uno entre las 38 y 40 semanas.

De acuerdo al Manual de Estándares de Calidad del MSP para que los controles prenatales contribuyan verdaderamente a cumplir estos objetivos en toda mujer embarazada se aplicará y registrará en su historia clínica las siguientes actividades: antecedentes personales y obstétricos; medición de talla; examen de mamas; semanas de amenorrea; medición del peso; determinación de la tensión arterial; medición de la altura uterina; auscultación de los latidos cardiacos fetales (FCF); movimientos fetales; edema; sangrado genital; actitud fetal (presentación, posición y situación) aplicable desde las 32 semanas de gestación; evaluación del estado nutricional; registro de vacunación antitetánica; prescripción de hierro; prescripción de ácido fólico (hasta las 12 semanas de gestación); orden médica o registro de los resultados de exámenes prenatales y orden médica para examen odontológico o examen odontológico realizado⁵

Micro contextualización

En la provincia de Tungurahua no se han realizado estudios para determinar los factores que inciden en la adherencia al control prenatal. Lo que sí se sabe es que existe un alto rango de mujeres embarazadas que acuden al control prenatal muy tardíamente lo que puede asociarse con un aumento en las complicaciones durante el embarazo cuya repercusión en la salud fetal es seria.

En el subcentro de salud del cantón Quero entre los principales problemas que podemos identificar son embarazos no deseados y adolescentes embarazada, mujeres añosas embarazadas que llegan al fin de su embarazo sin ningún control prenatal y las complicaciones durante embarazo que se presentan con mayor frecuencia son infecciones de las vías urinarias y vaginales, embarazo postérmino, rotura prematura de

membranas, parto prolongado , desproporción céfalo pélvica atención de parto domiciliario (manejo inadecuado por parteras). Todos estos problemas o complicaciones, tanto en el embarazo como en el parto aumentan significativamente el índice de morbimortalidad materna teniendo en cuenta que es una consecuencia del desconocimiento de la importancia de un control prenatal adecuado y la resistencia por parte de la paciente y familiares de acceder a un servicio de salud.

1.2.2. Análisis crítico

Los controles prenatales consisten en un conjunto de actividades que se realizan con la embarazada a fin de obtener el mejor estado de salud de la madre y su hijo. El objetivo del control prenatal es vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la maternidad.

El cuidado al desarrollo del embarazo en forma temprana, periódica e integral disminuye sustancialmente el riesgo de muerte tanto materna como perinatal y propicia una adecuada atención del parto y por otro lado asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos en los periodos inmediatamente posteriores al nacimiento así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita. En todo esto juega un papel fundamental la información y conocimientos que posee la población de estudio que permite que se valore este problema y se tomen medidas preventivas al respecto.

Por lo señalado es indispensable realizar la investigación propuesta que aportará información de primera mano que permita identificar las características epidemiológicas de las embarazadas que pueden presentar riesgo durante el embarazo como aspecto esencial para establecer propuestas tendientes a prevenir posibles complicaciones en las mismas

1.2.3. Prognosis

Al no efectuar el proyecto planteado no se va a dar una sistematización en cuanto al control prenatal, tampoco se va a determinar los factores que inciden en la adherencia al control prenatal de las pacientes, por tanto se expone posibles complicaciones que pueden afectar el curso normal del embarazo, la salud de la madre y del recién nacido.

Adicionalmente si no se realiza ésta investigación no se hará conciencia de lo importante que es el control prenatal y todos sus beneficios por parte de la mujer embarazada y por tanto no se podrá prevenir las distintas complicaciones y se observará un incremento de la morbilidad tanto en la madre como en el feto y su consecuente alteración en su calidad de vida.

1.2.4. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores que inciden en la adherencia al control prenatal en mujeres gestantes en el subcentro de salud del cantón Quero provincia de Tungurahua en el período Agosto 2012 - Marzo 2013?

1.2.5. Preguntas directrices

- ¿Cuál es el grado de conocimiento acerca de la importancia del control prenatal de las mujeres gestantes en el subcentro de salud del cantón Quero provincia de Tungurahua en el período Agosto 2012 - Marzo 2013?
- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos y culturales de las mujeres gestantes que inciden en la adherencia al control prenatal en el subcentro de salud del cantón Quero provincia de Tungurahua en el período Agosto 2012 - Marzo 2013?
- ¿Cuántas veces asistió la madre al control prenatal en el subcentro de salud del cantón Quero provincia de Tungurahua en el período Agosto 2012 - Marzo 2013?
- ¿Qué medida se puede aplicar para mejorar el problema?

1.2.6. Delimitación del problema

Delimitación del contenido

Campo: Medicina

Área: Ginecología y Obstetricia

Aspecto: Factores que inciden en la adherencia al control prenatal

Delimitación Espacial

La investigación se realizara en pacientes gestantes del subcentro de salud del cantón Quero ubicado en las calles Eloy Alfaro y Guayaquil

Delimitación Temporal

Este problema será estudiado en el período comprendido entre Agosto 2012 a Marzo 2013

1.3. Justificación

El trabajo investigativo se llevará a cabo tomando en cuenta la gravedad del incumplimiento del control prenatal por parte de las madres gestantes muchas veces por descuido o desconocimiento de los beneficios que se brinda al acudir a dicho control. A la vez ayudará a la adquisición de nuevos conocimientos acerca del tema recopilando datos actualizados tanto estadísticos como teóricos que beneficiarán al personal médico.

Este trabajo contribuirá a la prevención de complicaciones tanto en la mujer embarazada como en el feto/ recién nacido. Además ayudará a los servicios de salud a planificar propuestas para un mejor control prenatal

La investigación se realizará ya que se contará con la información requerida para su desarrollo, así también con la colaboración del personal humano involucrado con ello por tanto no demandará problemas para llevar a cabo dicha investigación.

1.4. Objetivos

1.4.1. General:

- Determinar cuáles son los factores que inciden en la adherencia al control prenatal en mujeres gestantes en el subcentro de salud del cantón Quero provincia de Tungurahua en el período agosto 2012 – Marzo 2013 para priorizarlos y mejorar dicho control.

1.4.2. Específicos

- Identificar el grado de conocimiento acerca de la importancia del control prenatal de las mujeres gestantes con lo que se evitaría complicaciones maternas.
- Señalar los factores sociodemográficos y culturales de las mujeres gestantes que influyen en la adherencia al control prenatal para mejorar la cobertura de atención.
- Detectar las veces que la madre gestante asistió al control prenatal para verificar si se cumple con la normativa del msp.
- Diseñar una estrategia de solución mediante el cual se garantice un control prenatal adecuado.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes investigativos

Previo al desarrollo del presente proyecto de investigación se ha revisado bibliografía de varios autores donde se encuentran las siguientes investigaciones

Mendieta, Bataglia, Céspedes Y Caballero (2004) realizó en Paraguay un estudio de Morbimortalidad Neonatal en tres centros hospitalarios de referencia, la muestra constó de 44.767 historias clínicas de RN vivos y se obtuvo que el 69,5% de las madres tenían un control prenatal insuficiente (menos de 4 controles)⁶.

En el Hospital General Regional de México Sánchez, Pérez y Vázquez (2005), analizaron 407 expedientes completos de la madre y del recién nacido, y observaron que 47.6 % de las madres tenía menos de cinco consultas y estaba en el inicio del tercer trimestre del embarazo; La mortalidad neonatal sólo se presentó en 5.9 % de los casos (siete fallecimientos) y la proporción fue similar tanto para los que llevaron atención prenatal adecuada como inadecuada⁷.

En Venezuela, Peña, Villalba, Gudiño y Fernández (2007), en el Centro Materno Infantil “Ana Teresa de Jesús Ponce” del Estado Vargas tomaron una muestra al azar de 220 pacientes hospitalizadas y atendidas como resultado: La edad promedio fue de 22 años, el 57,72 % eran primigestas, el 46,36 % no se controló el embarazo.

Por otra parte en Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" de Puerto Cabello, Estado Carabobo se realizaron 2 estudios sobre la mortalidad neonatal uno por Fainete, Galíndez, Montilla, Ojeda y Rivero (2000) durante el lapso 1993-1997 donde se pudieron analizar 411 historias maternas obteniendo como resultado que el control prenatal no se realizó en el 58,51% y una tasa de mortalidad neonatal 23,11 por mil nacidos vivos⁸.

2.2. Fundamentación filosófica

La investigación se basa en un paradigma crítico propositivo humanístico porque la finalidad de la investigación es comprender e identificar los factores que inciden en la adherencia al control prenatal en mujeres en gestantes pues este problema encierra un potencial infinito y posiblemente dar una posible solución.

Es por eso que dicha investigación está además de encaminada e influenciada por valores éticos que hacen que la investigación sea más confiable. Además vamos a buscar los valores positivos sino también de los valores negativos, analizando los principios que permiten considerar que algo es o no valioso y considerando los fundamentos de tal juicio.

2.3. Fundamentación legal

De acuerdo a la Constitución de la República del Ecuador los artículos relacionados a la ley de maternidad gratuita, tenemos:

TÍTULO II – Capítulo Segundo

Sección séptima de la Constitución⁹

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud.

Sección cuarta

Mujeres embarazadas

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

Título VII

RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR

Capítulo primero - Inclusión y equidad

Sección segunda

Art. 363.- El Estado será responsable de:

6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto

LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN AL INFANTE

Art. 1.- Toda mujer tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y post-parto así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos-nacidas y niños-niñas

menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado.

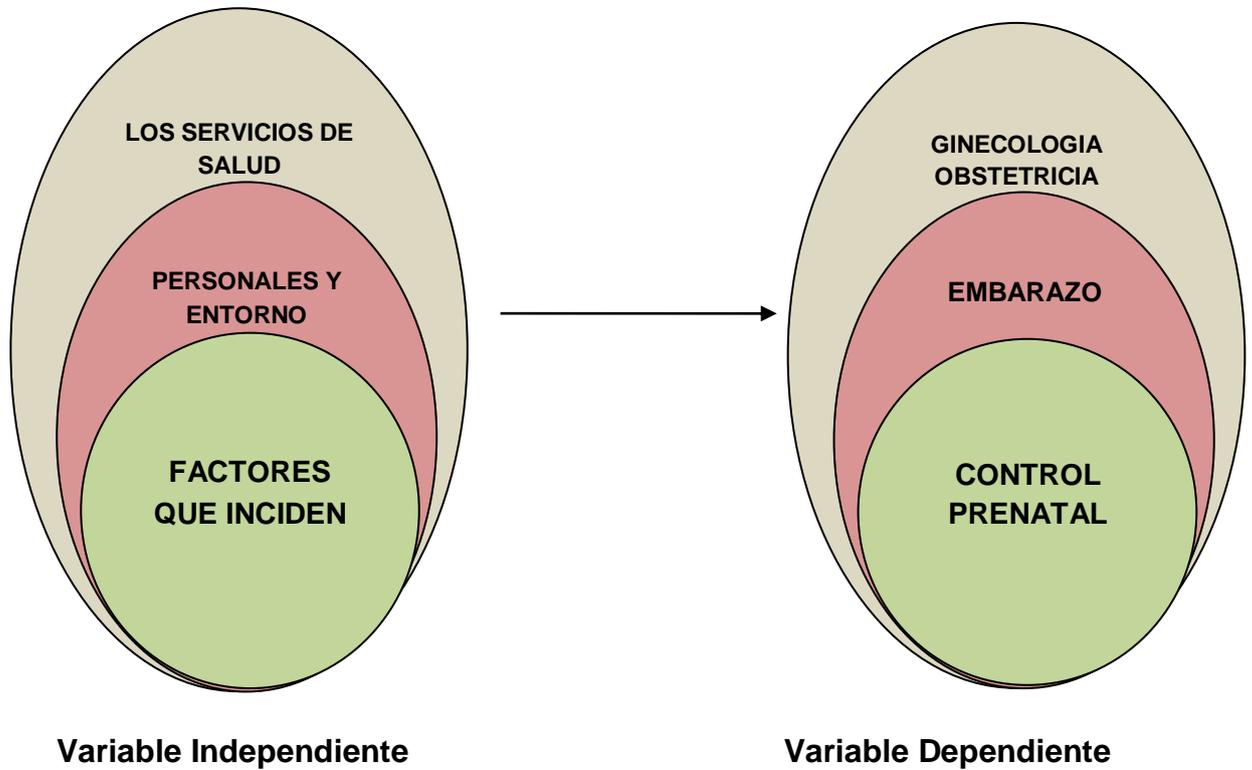
Art. 2.-La presente Ley tiene como una de sus finalidades el financiamiento para cubrir los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres embarazadas, recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores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

a) Maternidad: Se asegura a las mujeres, la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad para control prenatal y en las enfermedades de transmisión sexual los esquemas básicos de tratamiento (excepto SIDA), atención del parto normal y de riesgo, cesárea, puerperio, emergencias obstétricas, incluidas las derivadas de violencia intrafamiliar, toxemia, hemorragias y sepsis del embarazo, parto y post-parto, así como la dotación de sangre y hemo derivados.

Dentro de los programas de salud sexual y reproductiva se cubre la detección oportuna de cáncer cérvico uterino y el acceso a métodos de regulación de la fecundidad, todos ellos según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública

2.4 Categorías fundamentales

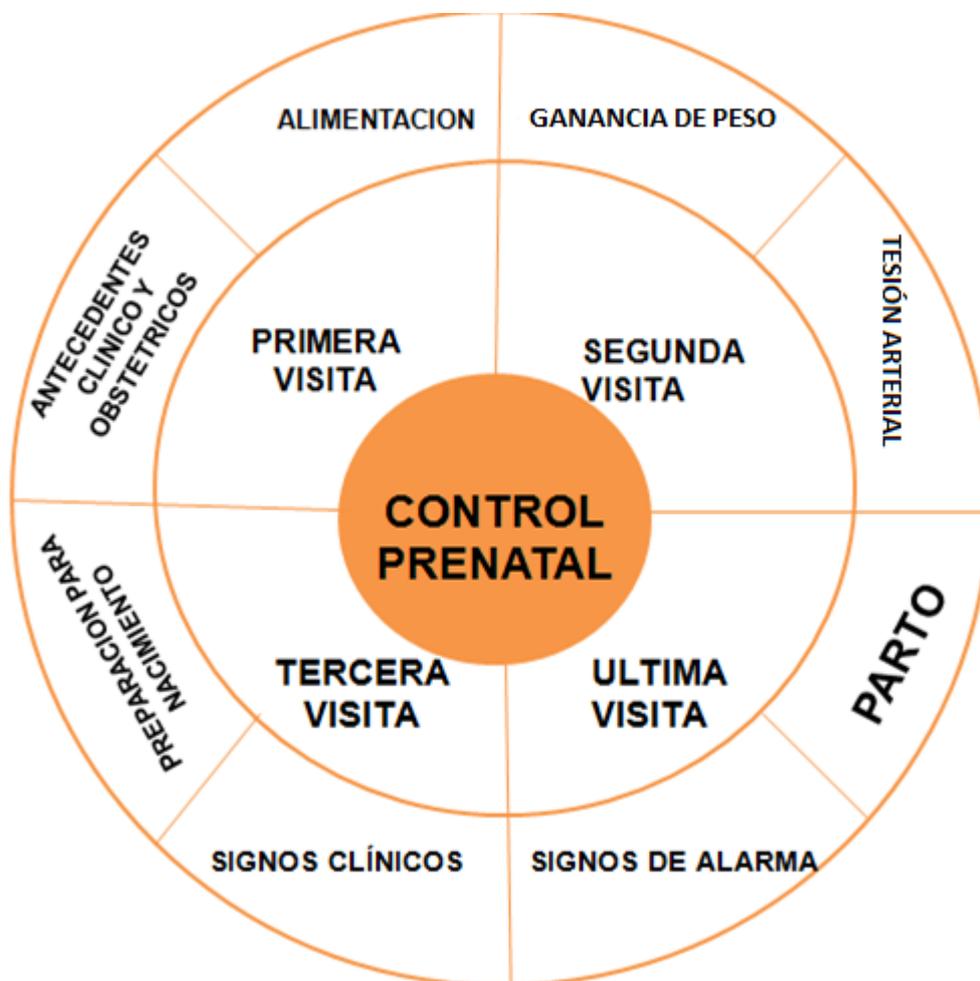
Gráfico N° 1. Gráficos de inclusión interrelacionados



Subordinación de la variable independiente



Subordinación de la variable dependiente



2.5. Fundamentación teórica

2.5.1 Fundamentación teórica de la variable independiente

2.5.1.1 Factor de riesgo

Los factores de riesgo son características genéticas, fisiológicas del comportamiento y socioeconómicas de los individuos que les sitúan dentro de una cohorte de la población en la que es más probable el desarrollo de un problema sanitario o enfermedad concretos que en el resto de la población.

El concepto indica que la salud está determinada por una variedad de factores que se agrupan en 4 categorías primarias estilo de vida, medio ambiente organización de la atención a la salud y biología humana¹⁰.

2.5.1.2 Factores de riesgo paciente

Es importante obtener la información de la edad materna, nivel educacional, estado civil, actividad laboral como trabajos con esfuerzo físico importante, etc ya que todo esto también influye en el bienestar de la actual gestación.

En definitiva es importante conocer todas las condiciones o factores preexistentes que incrementan la probabilidad de complicación o daño en el embarazo actual¹¹.

2.5.1.3 Factores de riesgo servicios de salud

La atención del desarrollo del embarazo en forma temprana, periódica y de ser posible integral, disminuye el riesgo de muerte tanto materna como perinatal y propicia una adecuada atención del parto

Las normas del MSP también definen que 5 es el número mínimo aceptable de controles prenatales que debe tener la embarazada sin

riesgo mayor (inscripción y 4 subsecuentes), para que el servicio cumpla con el requerimiento de que el control sea "periódico o continuo"¹².

2.5.2 Fundamentación teórica de la variable dependiente

2.5.2.1 Control prenatal¹³

El control prenatal (CP) se define como el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el nacimiento y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. Es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre el feto y la familia.

Los objetivos del control prenatal son:

1. Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y del niño.
2. Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal.
3. Aliviar molestias y síntomas menores del embarazo.
4. Preparar a la embarazada para el nacimiento y la crianza del recién nacido.
5. Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
6. Detectar alteraciones en la salud materna y fetal.

2.5.2.2 Características del control prenatal

Para que el control prenatal pueda garantizar resultados favorables para la salud materno fetal es necesario que sea precoz, periódico, completo y de alta cobertura.

- a) Precoz:** Debe iniciarse en el primer trimestre del embarazo en cuanto se haya diagnosticado el embarazo para establecer sin temor a dudas

la fecha probable de parto y las semanas de gestación, para posibilitar las acciones de prevención y promoción de la salud y detectar factores de riesgo.

b) Periódico: Para favorecer el seguimiento de la salud materna y fetal es necesario que la mujer asista a sus consultas programadas de manera periódica. La continuidad en las consultas prenatales permitirá efectuar acciones de promoción a la salud y de educación para el nacimiento. También favorecerá la identificación oportuna de factores de riesgo y el seguimiento de problemas de salud materna o fetal que se hayan identificado así como el efecto de los tratamientos establecidos para recuperar su tratamiento.

c) Completo: Las consultas prenatales deben ser completas en contenidos de evaluación del estado general de la mujer, de la evolución del embarazo y de los controles e intervenciones requeridos según edad gestacional.

Tomando en cuenta a la salud integral de la mujer embarazada:

- Examen general de la gestante.
- Examen y evaluación del embarazo y crecimiento del producto.
- Atención nutricional.
- Atención odontológica.
- Atención sobre inmunizaciones.
- Atención en salud mental.
- Atención social y visitas domiciliarias si es que las necesita.
- Educación para la salud y sobre todo acerca de los factores relacionados con el embarazo

2.5.2.3 Actividades del control prenatal

La atención integral de la mujer gestante de bajo riesgo durante el control prenatal debe ser realizada en conjunto por el médico general y la enfermera y en caso de detectarse alguna anormalidad la paciente deberá

ser remitida al obstetra para valoración. No se ha demostrado que mejore la calidad de atención en este grupo de pacientes si el cuidado primario es realizado directamente por el obstetra. De acuerdo a la normatividad nacional la primera valoración ha de hacerse lo más tempranamente posible idealmente en las primeras 8 semanas de gestación y sus controles cada mes hasta la semana 36 y luego quincenalmente hasta la semana 40. Se recomienda que el primer control prenatal y los quincenales a partir de la semana 36 sean realizados por el médico.

La frecuencia del control prenatal tiene en cuenta las características particulares de la atención en salud en el país sin desconocer otros modelos de atención propuestos con un menor número de consultas hasta de 5 controles prenatales sin diferencias significativas con relación al resultado materno y perinatal aunque con un posible menor grado de satisfacción de las gestantes respecto de la atención prestada¹⁴.

2.5.2.3.1 Historia Clínica

El instrumento más importante del control prenatal es la historia clínica. En general se prefieren los formatos preestructurados como la historia clínica perinatal base del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP – OPS/OMS) para la rápida detección de los factores de riesgo¹⁵.

Tabla N° 1 Factores de riesgo en la gestación

<p>1- Características individuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad menor de 16 años o mayor de 35 años. • Ocupación: esfuerzo físico, carga horaria, exposición a agentes físicos, químicos y biológicos, estrés. • Desocupación personal o familiar. • Baja escolaridad. • Malnutrición (índice de masa corporal > 30 o < 18). 	<p>3- Desviaciones obstétricas en el embarazo actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desviaciones en el crecimiento fetal, número de fetos o del volumen del líquido amniótico. • Ganancia de peso inadecuado. • Hemorragia vaginal. • Amenaza de parto de pretérmino o gestación prolongada. • Ruptura prematura de
--	--

- Dependencia de drogas ilícitas y abuso de fármacos en general.
 - Violencia doméstica.
 - Múltiples compañeros sexuales.
 - Vivienda y condiciones sanitarias deficientes.
 - Valoración de las condiciones psicosociales: tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos, soporte familiar y de la pareja, embarazo deseado o programado.
- Historia reproductiva anterior:**
- Nuliparidad o multiparidad (más de 4 partos).
 - Intervalo intergenésico menor de 2 años o mayor o igual a 5 años.
 - Complicaciones obstétricas previas: aborto habitual, aborto inducido y cualquier complicación asociada, preeclampsia o eclampsia, tromboembolia, parto prematuro, retardo del crecimiento intrauterino, embarazo múltiple, diabetes gestacional, desprendimiento placentario, placenta previa, presentación podálica o transversa, obstrucción del trabajo de parto, incluyendo distocia, desgarros perineales de tercer/cuarto grado, parto instrumentado, cesárea, hemorragia posparto, sepsis puerperal, embarazo ectópico o molar.
 - Complicaciones perinatales: muerte fetal, neonatal o infantil, recién nacido con peso al nacer menor de 2.500 grs o mayor de 4.000 grs, retardo de crecimiento intrauterino, eritroblastosis fetal, niño malformado o cromosómicamente anormal, reanimación u otro tratamiento neonatal.
 - Antecedentes de infertilidad.
 - Cirugía ginecológica previa.
- membranas.
- Infección urinaria recurrente.
 - Complicaciones obstétricas y perinatales descritas en el numeral 2, aplicables al embarazo actual.
- 4- Enfermedades clínicas:**
- Cardiopatías, neuropatías, nefropatías, endocrinopatías (diabetes mellitas, hipotiroidismo), hemopatías, hipertensión arterial crónica, epilepsia, enfermedades infecciosas (tuberculosis, malaria, enfermedades de transmisión sexual, infección urinaria recurrente), enfermedades autoinmunes, trastornos psiquiátricos, ginecopatías (anomalías uterinas), anemia severa (hemoglobina < 9 g/dl) y otras.
 - Uso actual de medicamentos.

Fuente: Schwarcz R, Diaz, AG, Fescina R. The Perinatal Information System I: The Simplified Perinatal Clinical Record J Perinat Med 1987; 15 (Suppl.1):9. OMS, Nuevo modelo de control prenatal, 2003.

Una buena historia clínica permitirá buen control del embarazo, detección prenatal de defectos congénitos y problemas obstétricos¹⁶.

Los elementos básicos de la historia clínica prenatal son:

- **La identificación de la mujer gestante**

Nombre completo, documento de identidad, edad, raza, nivel socioeconómico, nivel educativo, estado civil, ocupación, régimen de afiliación en salud, procedencia, dirección y teléfono actuales.

2.5.2.3.2 Anamnesis

Antecedentes personales: médicos, quirúrgicos, traumáticos y tóxico-alérgicos. Es importante hacer énfasis en las patologías que haya presentado la paciente durante los seis meses previos y la gestación, sus complicaciones y los tratamientos recibidos. En caso de enfermedades crónicas, el pronóstico durante la gestación es más favorable cuando las pacientes han estado asintomáticas por seis meses antes del embarazo y no presentan ningún daño en órgano o sistema. En caso de ser necesaria la medicación de la paciente durante la gestación, en lo posible ésta debe adecuarse en los seis meses previos al embarazo y preferirse la más efectiva y menos teratogénica. Durante el embarazo la suspensión o cambio de una medicación debe ser individualizada a las condiciones de la paciente y a la edad del embarazo.

Hábitos: nutricionales, actividad física, sexualidad, patrón de sueño, tabaquismo, alcoholismo, consumo de sustancias psicoactivas, abuso de fármacos en general; exposición a tóxicos e irradiación y otros.

En general durante el embarazo es recomendable la realización de ejercicio de intensidad moderada y no se encuentran contraindicadas las relaciones sexuales. Debe evitarse el consumo de tabaco, alcohol y drogas psicoactivas por el potencial daño al feto. El tabaquismo se ha asociado a parto pretérmino y bajo peso al nacer y el consumo de alcohol con un mayor riesgo de aborto y el síndrome de alcoholismo fetal caracterizado por restricción en el crecimiento fetal, alteraciones de la

conducta, anomalías craneofaciales y defectos cardiacos y del sistema nervioso central.

La mayoría de las mujeres pueden continuar trabajando evitando el ejercicio extremo o la exposición a elementos teratogénicos biológicos, químicos o físicos.

Valoración de condiciones psicosociales: la ansiedad materna severa y constante durante el embarazo (tensión emocional, humor depresivo y síntomas neurovegetativos), un inadecuado soporte familiar, la violencia doméstica y la no aceptación del embarazo son factores que pueden afectar negativamente la gestación.

Antecedentes ginecológicos: menarquia, características de los ciclos menstruales, fecha de la última menstruación, edad de inicio de las relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, métodos de planificación familiar utilizados, enfermedades de transmisión sexual, historia o tratamiento de infertilidad y cirugías ginecológicas practicadas.

Antecedentes obstétricos: número de embarazos y características de los mismos, complicaciones obstétricas y perinatales previas, vía del parto, períodos intergenésicos, fecha de la finalización del último embarazo, intervalos intergenésicos y estado de salud de los recién nacidos. Hay que tener en cuenta que en la mayoría de los casos los antecedentes adversos obstétricos tienden a presentarse en la nueva gestación con mayor frecuencia a la de la población general.

Antecedentes familiares: hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia, cardiopatías, diabetes, enfermedades metabólicas, autoinmunes, infecciosos (tuberculosis, HIV, ETS) o congénitas, gestaciones múltiples y otros.

Gestación actual: determinación de la edad gestacional e identificación de factores de riesgo y enfermedades propias de la gestación. En general siempre debe hacerse énfasis al inicio de la consulta en los siguientes signos y síntomas:

- Para hipertensión inducida en el embarazo: aumento marcado de peso, hipertensión arterial, cefalea, epigastralgia, tinitus y edema de predominio matutino en cara, manos o miembros inferiores.
- Para amenaza de parto pretérmino y ruptura prematura de membranas: amenorrea, actividad uterina, poliuria, disuria, leucorrea.
- Para la hemorragia de la primera o segunda mitad del embarazo: sangrado genital.
- Para alteración del bienestar fetal: disminución marcada de movimientos fetales o ausencia de ellos.
- Otros: tolerancia a la vía oral y el patrón del sueño.

2.5.2.3.4 Examen físico¹⁷

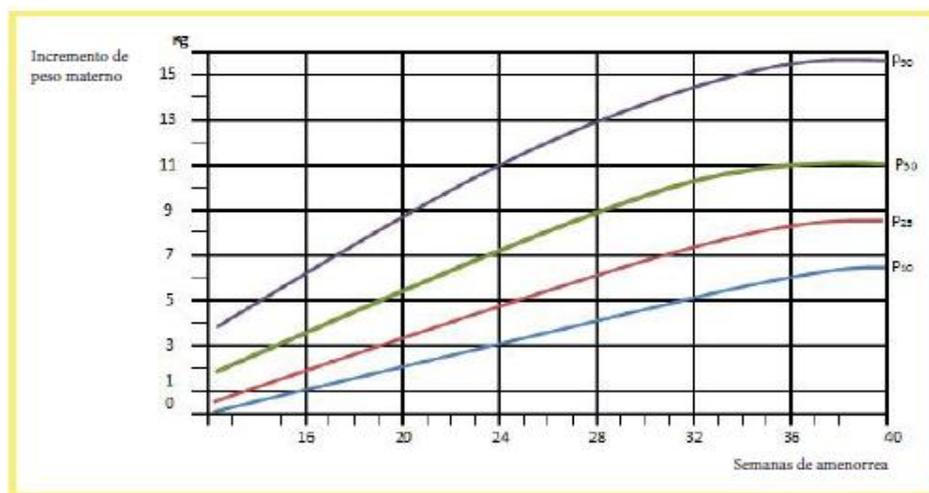
El examen físico en la primera consulta prenatal debe ser completo para una valoración integral de la paciente. En las siguientes consultas en las gestantes de bajo riesgo se hará mayor énfasis en el examen obstétrico.

Evaluación del peso: la evaluación se hace teniendo en cuenta la talla, el peso previo a la gestación y la ganancia de éste en el embarazo. Durante la gestación siempre se debe ganar peso para garantizar el crecimiento adecuado del producto de la gestación, entre 7 a 18 kg dependiendo del peso previo materno

Un peso materno previo a la gestación anormal dado por un índice de masa corporal mayor o igual a 30 o menor a 18 así como la anormalidad en la ganancia de peso durante la gestación a pesar de su baja sensibilidad diagnóstica deben alertar al clínico en caso de un aumento

anormal a un mayor riesgo de diabetes gestacional e hipertensión inducida en el embarazo; y en el bajo peso a un mayor riesgo de restricción del crecimiento intrauterino.

Gráfico N° 2 Incremento de peso materno en función de la edad gestacional.



Fuente: Schwarcz R, et al. Atención prenatal y del parto de bajo riesgo. CLAP No. 1234

Evaluación de la tensión arterial: la toma de la tensión debe realizarse en condiciones de reposo con la paciente sentada su brazo derecho colocado al nivel del corazón usando un brazalete adecuado al diámetro de éste. En estas condiciones toda paciente con una cifra sistólica mayor o igual a 140 mmHg o una cifra diastólica mayor o igual a 90 mmHg debe ser valorada a fin de descartarle un trastorno hipertensivo.

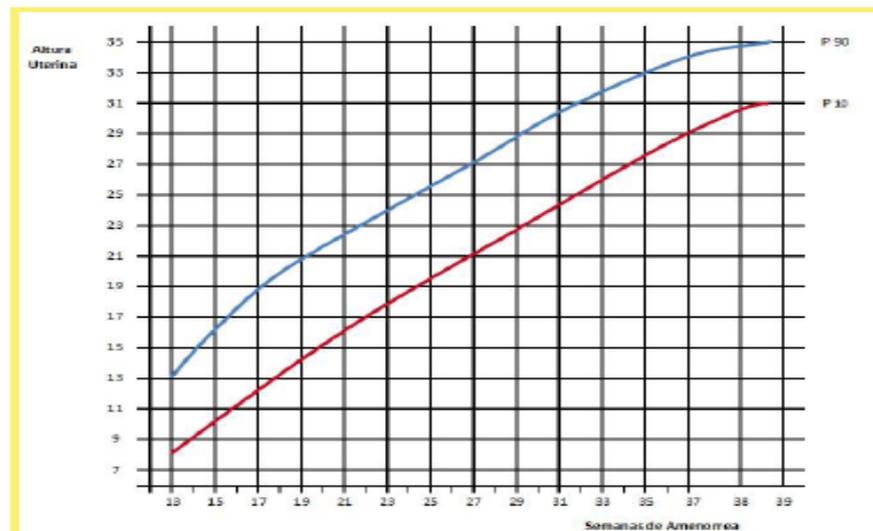
Evaluación de la altura uterina: la medición de la altura uterina del borde superior de la sínfisis púbica al fondo uterino cuando se tiene una edad gestacional confiable es una manera indirecta de valorar clínicamente el crecimiento fetal. Su valoración se recomienda teniendo en cuenta la curva de patrones normales de la altura uterina en función de la edad gestacional del CLAP. La medición de la altura mayor a pesar de su baja sensibilidad obliga al clínico si está por encima de los valores esperados a descartar patologías como mola hidatiforme, macrosomía

fetal, embarazo múltiple, polihidramnios y miomatosis uterina y por debajo restricción del crecimiento intrauterino y oligohidramnios entre otras.

Gráfico N° 3 Evaluación de la altura uterina



Gráfico N° 4 Patrones normales de la altura uterina en función de la edad gestacional.



Fuente: Schwarcz R et al. Atención prenatal y del parto de bajo riesgo. CLAP No. 1234: 75, 1991

Evaluación de la frecuencia cardiaca fetal: la evaluación de la frecuencia cardiaca fetal por auscultación es posible realizarla a partir de la semana 20 a la 22 y es útil para confirmar la vitalidad del feto. Normalmente la frecuencia cardiaca fetal se encuentra en un rango de 120 a 160 latidos por minuto, para su cuantificación se recomienda el conteo de los latidos cardiacos durante 5 segundos y multiplicarlos por 12.

Evaluación de la situación y presentación fetal: en el tercer trimestre clínicamente podemos determinar la situación y presentación del feto con las maniobras de Leopold. En embarazos normales se recomienda su realización a la semana 36 y en caso de la sospecha de una situación transversa u oblicua o una presentación en pelvis la realización de una ecografía obstétrica para su confirmación.

Las maniobras de Leopold son:

- **Primera maniobra de Leopold:** se colocan las dos palmas de las manos en el fondo uterino para determinar el polo fetal que lo ocupa.

Gráfico N° 5 Primera maniobra de Leopold



- **Segunda maniobra de Leopold:** las dos palmas de la mano se localizan a cada lado del útero grávido para determinar la posición del dorso fetal.

Gráfico N° 6 Segunda maniobra de Leopold



- **Tercera maniobra de Leopold:** con la mano colocada a nivel suprapúbico se precisa el polo fetal que está ocupando la parte inferior y al tratar de movilizarla su grado de encajamiento.

Gráfico N° 7 Tercera maniobra de Leopold



- **Cuarta maniobra de Leopold:** se colocan las palmas de las manos a los lados en la parte inferior del útero y se tratan de aproximar hacia abajo los dedos para determinar el grado de encajamiento de la cabeza.

Gráfico N° 8 Cuarta maniobra de Leopold



Valoración odontológica: algunos autores han asociado la enfermedad periodontal con resultados perinatales adversos como la hipertensión inducida por el embarazo, parto pretérmino y bajo peso al nacer por lo que recomienda la remisión de la gestante para valoración odontológica en la primera visita prenatal. No se encuentran contraindicados los tratamientos odontológicos durante el embarazo.

Valoración ginecológica: en la primera consulta prenatal es recomendable la realización del examen de los senos y los genitales femeninos para comprobar el embarazo y descartar patología cervical especialmente procesos infecciosos cervicovaginales. La toma de la citología vaginal debe realizarse durante la primera visita prenatal si no hay una previa en el último año.

2.5.2.3.5 Exámenes paraclínicos básicos del control prenatal ¹⁸

De acuerdo al criterio médico podrán solicitarse exámenes adicionales si las condiciones de salud de la paciente o el feto lo ameritan.

Tabla N° 2 Laboratorio básico del control prenatal

Laboratorio	Primer control prenatal	12-16 semanas	20-24 semanas	28-32 semanas	Parto
Hemoglobina y hematocrito	X			X	
Hemoclasificación	X				
VDRL o RPR	X				X
Prueba de tamizaje HIV	X				
Ag. HBs	X				
Ac. Rubéola	X				
Prueba con 50 gr de glucosa	Pacientes de alto riesgo para diabetes gestacional			X	
Urocultivo		X			
Ecografía obstétrica			X		
Citología vaginal	Si no tiene un examen reciente				

Hemoglobina – hematocrito

Es necesario garantizar una concentración de hemoglobina mayor o igual a 11 mg/dl durante el embarazo para asegurar un adecuado aporte de oxígeno al feto y al final de la gestación para una mejor tolerancia de la madre al sangrado durante el parto. Por ello se recomienda su evaluación en el primer control prenatal y en la semana 28 momentos adecuados para el inicio del tratamiento en caso de presentar anemia la gestante.

Hemoclasificación

La hemoclasificación se debe solicitar en el primer control prenatal para la identificación de las mujeres Rh negativas. A estas pacientes se les ha de solicitar en el primer control la prueba de Coombs indirecto. Si la prueba es negativa en caso de ser el padre Rh positivo o no conocerse su serotipo deberá solicitarse nuevamente la prueba en la semana 28 y en el momento del parto. Si la prueba es negativa se recomienda en estos dos momentos la colocación a la mujer de 300 mg de la inmunoglobulina anti-D vía intramuscular. En caso de que el resultado de la prueba sea positivo habrá que ser manejada como una paciente isoimmunizada.

Detección de sífilis

Por ser una enfermedad de fácil diagnóstico y eficaz tratamiento se recomienda la realización a toda mujer embarazada de una prueba no treponémica al inicio del embarazo y otra en el momento del parto tipo VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) o RPR (Rapid Plasma Reagin). Todo valor positivo requiere ser estudiado a fin de descartar la enfermedad.

Detección de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV)

Debe ofrecérsele a toda las gestantes la prueba de tamizaje para HIV al inicio del embarazo porque un adecuado tratamiento disminuye la probabilidad de transmisión vertical de la infección al feto de un 15-45 al 1-2%.

Detección de la infección por hepatitis B

Ha de brindársele a toda las gestantes la prueba de tamizaje con el antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) al inicio del embarazo puesto que la inmunización temprana del recién nacido disminuye la probabilidad de transmisión vertical de la infección al feto por ejemplo el riesgo de transmisión vertical de la infección en madres con una antígeno e positivo desciende del 85% al 2,4 %.

Detección de la infección por rubéola

Desde el punto de vista de salud pública la prueba es útil para identificar a las mujeres con bajos niveles de anticuerpos (menos de 10 UI) o ausentes que deben ser inmunizadas en el puerperio inmediato. Desafortunadamente no es una prueba útil para la detección de la rubéola congénita en el embarazo actual.

Detección de la diabetes gestacional

La prueba de tamizaje de elección es el test de O'Sullivan (la glicemia a la hora poscarga de 50 gr de Glucosa previo ayuno de 2 horas) a toda

paciente con un valor mayor o igual a 130 mg/dl debe realizársele una prueba diagnóstica para confirmar o descarta la enfermedad. La prueba se indica a todas las gestantes entre las semanas 28 a 32 de gestación y antes en la primera consulta prenatal a las pacientes consideradas de alto riesgo para diabetes como la paciente obesa (con un índice de masa corporal mayor a 30 kg/m²) con antecedentes de un bebé con un peso mayor o igual a 4.500 gr o diabetes gestacional previa o una historia familiar con parientes en primer grado de diabetes.

Detección de la bacteriuria asintomática

La bacteriuria asintomática se presenta en un 3 a 5% de las mujeres gestantes y su tratamiento ha demostrado que disminuye significativamente el riesgo de pielonefritis y bajo peso al nacer por lo que su diagnóstico es preciso descartarlo en todas las gestantes con la toma de un urocultivo en las semanas 12 a 16 de gestación. El examen se considera positivo cuando se encuentra un recuento mayor o igual a 100.000 cfu/ml.

Ecografía obstétrica

En embarazos de bajo riesgo con un desarrollo normal el mejor momento para realizar una ecografía obstétrica es entre las 20 a 24 semanas por permitir confirmar la edad gestacional, el número de fetos, descartar anomalías congénitas y determinar la ubicación de la placenta. En el primer y tercer trimestre del embarazo estaría indicada en cualquier momento la ecografía cuando se sospeche alguna alteración en el embarazo. De igual forma cuando al inicio del embarazo no se conoce la fecha de la última regla a las 32 semanas para confirmar el diagnóstico de placenta previa y a las 36 semanas para confirmar el diagnóstico de una presentación en pelvis o una situación transversa por maniobras de Leopold¹⁹.

Citología cervical

En mujeres que no tengan una citología reciente debe tomárseles este examen en la primera visita e informarles acerca de la importancia de su realización periódica²⁰.

2.5.2.3.6 Micronutrientes e Inmunización

Micronutrientes

La gestante que ingiere una dieta balanceada no requiere de una suplencia adicional de micronutrientes excepto de ácido fólico. El ácido fólico disminuye el riesgo de malformaciones del tubo neural en el feto por ello se recomienda su administración durante los 3 meses previos a la concepción y las primeras 12 semanas de gestación. La dosis recomendada es de 4 mg/día en mujeres con antecedentes de hijo con defecto del tubo neural o en tratamiento con medicamentos anticonvulsivantes, antifúngicos o antimetabolitos y de 0,4 mg/día en las mujeres sin estos antecedentes. Es importante tener en cuenta que la administración adicional de la vitamina A por encima de los requerimientos basales (700 mcg/día) especialmente en las primeras 12 semanas de embarazo a través de suplementos nutricionales o alta ingesta de hígado o sus derivados aumenta el riesgo de teratogénesis²¹.

Inmunización²²

Durante el embarazo no se contraindica la inmunización pasiva de la madre y ésta debe considerarse de acuerdo con sus circunstancias particulares.

Tétano y difteria: con el propósito de prevenir el tétano neonatal las gestantes que no hayan sido vacunadas en los diez último años deben recibir en el 2° o 3er trimestre antes de las 36 semanas 2 dosis con un intervalo mínimo de 4 semanas entre ellas y un refuerzo posterior a los 6 meses después de la última dosis. Y para las pacientes que no hayan

sido inmunizadas en los 5 años anteriores se recomienda una dosis de refuerzo.

Influenza: la vacuna con influenza inactivada no se contraindica en el embarazo y se indica en períodos de epidemia.

Hepatitis B: la vacunación no está contraindicada en el embarazo y sí indicada para las pacientes consideradas en alto riesgo de adquirir la infección.

Fiebre amarilla: teniendo en cuenta el balance de riesgo-beneficio se recomienda a las gestantes no inmunizadas que viajen a zonas de alta prevalencia de fiebre amarilla su vacunación después de la semana 26 previa información. La vacuna por ser de virus atenuados se contraindica en el primer trimestre.

2.5.2.4 Organización de las consultas prenatales ^{23, 24}

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

Criterios y procedimientos para la prestación del servicio recomienda que la mujer tenga un promedio de 5 consultas prenatales programadas de la siguiente manera:

- Primera visita en el primer trimestre
- Segunda visita: de la 22 a la 24 semana
- Tercera visita: de la 27 a la 29 semana
- Cuarta visita: de la 33 a la 35 semana

- Última visita: de la 38 a la 40 semana.

2.5.2.4.1 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 diagnosticar el embarazo particularmente si se presenta antes de las 12 semanas hacer la valoración inicial etc.

Acciones:

1. En el caso de que la mujer se presente de manera temprana (antes de las 12 semanas) refiriendo amenorrea, será necesario realizar la confirmación clínica y de laboratorio del embarazo.
2. Confirmado el embarazo determinar la fecha probable de parto y las semanas de gestación.
3. Realizar la historia clínica perinatal y abrir el carnet perinatal de la gestante.
4. Llevar a cabo la exploración física
5. Efectuar la exploración obstétrica: En el caso de que el embarazo sea mayor a 12 semanas: realizar la medición de la altura uterina. Si el feto es mayor a 22 semanas además de la altura uterina determinar: la situación, posición y presentación fetal (dependerá de las semanas), auscultación de FCF y palpación de los movimientos fetales
6. Valorar el Riesgo Obstétrico: Este concepto se aplica durante el embarazo tanto en el periodo prenatal como en el parto.

7. Solicita los exámenes complementarios de rutina: grupo sanguíneo y factor Rh, biometría hemática completa, química sanguínea (particularmente entre las 20 y 24 semanas), examen general de orina y VDRL (Venereal Disease Research Laboratory).

Intervenciones:

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

Enseñar a la mujer acerca de:

La alimentación la cual deberá ser:

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

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

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

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

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

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

- a) Hidratación: Se recomienda que disminuya el consumo de oxígeno y que ingiera de 1.5 a 2.0 litros de agua al día.
- b) Eliminación: Se pide la ingesta de dos litros de líquidos realizar ejercicio físico, comer alimentos con alto residuo como salvado, piña, manzana, papaya y en caso necesario, un laxante como papaya o jugo de ciruela.
- c) Actividad física prenatal: Se propone que realice caminata tres veces a la semana durante 30 minutos.
- d) Actividad Sexual: Se sugiere disminuir la frecuencia de la actividad sexual durante el primer y último trimestre. Debe evitarse en los casos en que existe amenaza de aborto o parto prematuro. Enfatizar el uso de preservativo para disminuir el riesgo de adquirir VIH o una ITS.
- e) Postura física en la vida diaria: Mantener la cabeza y los hombros centrados sobre la cadera así se mantiene la columna vertebral derecha. Al levantar algún objeto no doblar por la cintura sino doblar las caderas y las rodillas y levantarse con las piernas.
- f) Solicitar a la mujer que registre cuando nota los primeros movimientos fetales.
- g) Enseñarle los signos y síntomas de alarma y orientar a donde asistir para su atención.
- h) Iniciar la preparación de la mujer para la lactancia.

3. Por último programar la siguiente consulta prenatal.

2.5.2.4.2 Segunda consulta prenatal

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

Acciones:

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

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

Intervenciones:

1. Continuar con la administrando hierro.
2. Continuar con las actividades de Promoción a la salud señaladas en la primera visita prenatal y refuerza los signos y síntomas de alarma
3. Continuar la preparación para el nacimiento, lactancia y crianza.
4. Administrar la primera dosis del toxoide antitetánico: Se debe vacunar contra el tétanos con dos dosis durante al embarazo alrededor de las 25 y las 30 semanas. Si la paciente hubiera recibido dosis previas sólo indicar una dosis de refuerzo a las 25 semanas.
5. Programar y registrar la siguiente consulta prenatal entre las 27 y 29 semanas.

2.5.2.4.3 Tercera consulta prenatal

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

Acciones:

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

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

Intervenciones:

Continuar con:

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

2.5.2.4.4 Cuarta consulta prenatal

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

Acciones:

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

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

Intervenciones:

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

2.5.2.4.5 Ultima consulta prenatal

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

Acciones:

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

2.6. Hipótesis

Factores como el lugar de procedencia, nivel de educación, ocupación, la edad de las pacientes gestantes inciden en la adherencia al control prenatal en el subcentro de salud del cantón Quero

2.7. Señalamiento de variables

Variable Independiente: Los factores de las pacientes gestantes que inciden

Variable Dependiente: Control prenatal

Unidad de Observación: mujeres gestantes en el subcentro de salud del cantón Quero

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Enfoque de la Investigación

La investigación tuvo un enfoque cualitativo al buscar datos relacionados a los factores de las pacientes gestantes que inciden en la adherencia al control prenatal mediante datos obtenidos mediante encuesta.

Además tuvo un enfoque cuantitativo por cuanto se establece la edad gestacional, el número de controles, edad de la paciente, estado civil, procedencia

3.2. Modalidad básica de la investigación

La presente investigación siguió la modalidad de Campo pues se realizó las encuestas en el subcentro de Salud de Quero que fue el lugar de estudio para así obtener información para lograr los objetivos del proyecto

Además siguió la modalidad documental bibliográfica la cual permitió construir la fundamentación teórica científica de la investigación utilizando bibliografía general y especializada sobre el tema de “Factores que inciden en la adherencia al control prenatal en mujeres en gestantes así también páginas de Internet relacionadas al tema que nos permitió sustentar las bases teóricas necesarias.

3.3. Niveles de la investigación

Investigación Descriptiva.- A través de esta investigación se pudo detallar en parte la situación real del paciente en cuanto se refiere a los factores que inciden en la adherencia al control prenatal en mujeres

gestantes en el subcentro de salud del Cantón Quero mediante datos obtenidos y relatados por los pacientes.

3.4. Población y muestra

Población

Se tomó como población a las mujeres embarazadas que acudieron al control prenatal en Agosto 2012 fueron 56 pacientes y se realizó un seguimiento hasta Marzo 2013.

Criterios de inclusión

Se incluyeron en la investigación las pacientes que cumplen con los siguientes criterios:

- Presentar embarazo de cualquier edad gestacional
- Pacientes gestantes que acudieron al control prenatal en el subcentro de salud del cantón Quero.

Criterios de exclusión

- Pacientes que proporcionaron información incompleta

Criterios Éticos

- Confidencialidad
- Anonimato
- Acceso restringido a la información de las pacientes a personas extrañas a la investigación.

3.5. Operalización de variables

Variable Dependiente: Control prenatal

Tabla 4. Operacionalización de la variable dependiente

Conceptualización	Categorías	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas e Instrumentos
Conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el nacimiento y la crianza del recién nacido	<ul style="list-style-type: none"> Primera visita en el primer trimestre Segunda visita: de la 22 a la 24 semana Tercera visita: de la 27 a la 29 semana Cuarta visita: de la 33 a la 35 semana Última visita: de la 38 a la 40 semana. 	<p>FPP y SG HCI perinatal y carnet perinatal EF y obstétrico Riesgo Obstétrico Exámenes complementarios</p> <p>PM, TA , FU y FCF Resultados del exámenes</p> <p>P, TA, AU, FCF, MF Maniobras de Leopold signos y síntomas de alarma</p> <p>Ídem</p> <p>Ídem</p>	<p>¿Cuántos controles de su embarazo se realizó?</p> <p>¿Acude frecuentemente a los controles de embarazo?</p> <p>¿Le dieron información de la importancia del control prenatal antes y durante la gestación?</p>	Revisión de Historias clínicas

3.6. Recolección de información

Previa autorización del personal del subcentro de salud de Quero se revisaron las historias clínicas y se tomaron los datos necesarios para la investigación.

Una vez obtenido el consentimiento Informado de cada una de las pacientes, se procedió a revisar su HCL a partir de la cual se obtuvo información sobre los siguientes aspectos: Edad, Edad Gestacional, Número de controles prenatales

Luego cada paciente completó la encuesta que indaga sobre los factores que influyen en la adherencia al control prenatal.

La encuesta se aplicó en un lugar reservado del Scs a fin de permitir la libre respuesta y preservar la confidencialidad de la información de cada una de ellas.

Luego se realizó un seguimiento de la población en estudio hasta Marzo del 2013 para lograr lograr los objetivos planteados.

3.6.1 Técnica de recolección de datos

La información se obtuvo a través de encuestas que se aplicaron a las mujeres gestantes que acudieron al subcentro de Salud de Quero al control prenatal.

Revisión de historias clínicas del archivo general de la unidad, selección de los casos de embarazo y número de controles.

3.7. Procesamiento y Análisis

Con los datos recogidos se realizó:

- Revisión crítica de la información recogida.
- Revisión de historias clínicas para obtener datos específicos.
- Se creó una base de datos en EXCEL con la información obtenida.

- Tabulación de la información dato por dato a la luz del marco teórico y representado mediante tablas con las cifras obtenidas para estructurar el cuadro de resultados, graficar, analizar e interpretar los datos

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La investigación realizada en el subcentro de salud de Quero incluyó 56 pacientes que cumplieron con los criterios de selección la información corresponde a estos casos y muestra también sus conocimientos y prácticas que indican los factores que inciden en la adherencia al control prenatal.

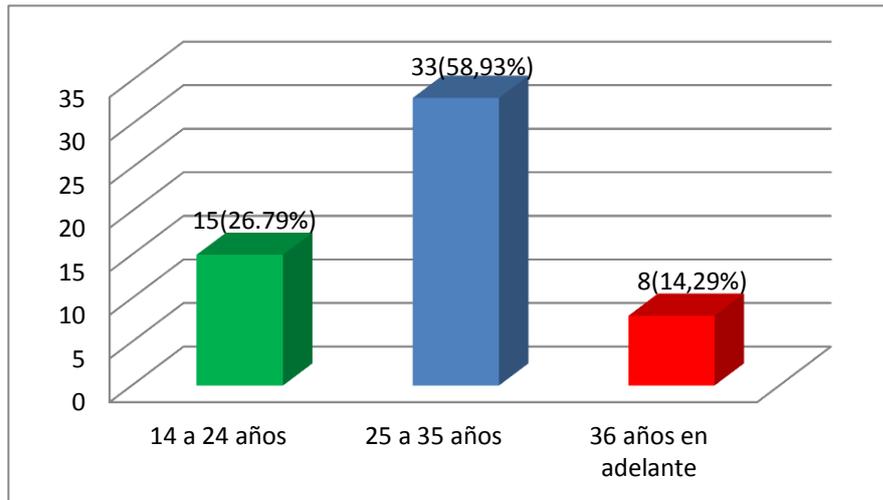
4.1 Factores sociodemográficos

4.1.1 Edad materna

Tabla N° 5 Distribución de la población según edad materna

Edad(Años)	Frecuencia	Porcentaje
14 a 24 años	15	26,79%
25 a 35 años	33	58,93%
36 años en adelante	8	14,29%
TOTAL	56	100%

Gráfico N° 9. Distribución de la población según edad materna



Elaborado por: ENRÍQUEZ, Marco
Fuente: Scs del Cantón Quero

Interpretación

Se estudiaron 3 grupos de edad: 14 a 24 años, 25 a 35 años y 36 años en adelante. La investigación aborda 56 mujeres embarazadas cuyo promedio de edad fue 28 años con una desviación estándar de 6,9.

El gráfico permite observar que el mayor número de madres gestante se encuentra en una edad cronológica perteneciente al intervalo de 25 a 35 años con 33 casos es decir el 58.93%, seguido del intervalo de 14 a 24 años con un total de 15 casos que corresponde el 26.79%. En tercer lugar se encuentra el intervalo de 36 años en adelante con 8 casos es decir el 14.29%.

Análisis

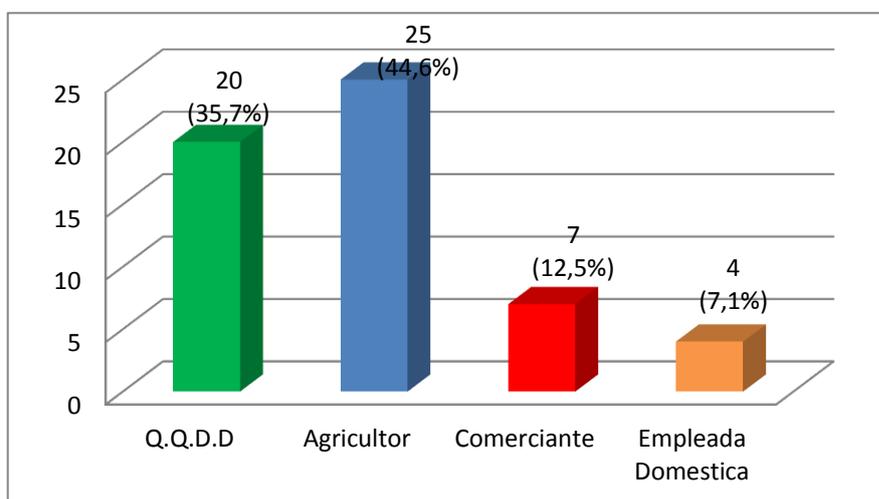
Un estudio realizado en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Salvador en Chile refiere que los datos van a diferir de región a región ya que al año 2000 según (Servicio de Salud Metropolitano Oriente) se determinó una edad promedio de embarazadas fue 18,6 años²⁵.

4.1.2 Distribución de la población según la ocupación

Tabla N° 6 Distribución de la población según la ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Q.Q.D.D	20	35,71%
Agricultor	25	44,64%
Comerciante	7	12,50%
Empleada Doméstica	4	7,14%
Total	56	100%

Gráfico N° 10 Distribución de la población según la ocupación



Elaborado por: ENRÍQUEZ, Marco

Fuente: Scs del Cantón Quero

Interpretación

El gráfico muestra que en cuanto a la ocupación se encontró que amas de casa y agricultoras sumaron el 80,3% siendo estos dos grupos los que presentan un mayor riesgo de presentar complicaciones debido a que realizan tareas de esfuerzo y están en contacto directo con animales domésticos, observa también un 12,5% de las madres que son comerciantes y el 7,1% son empleadas domésticas.

Análisis

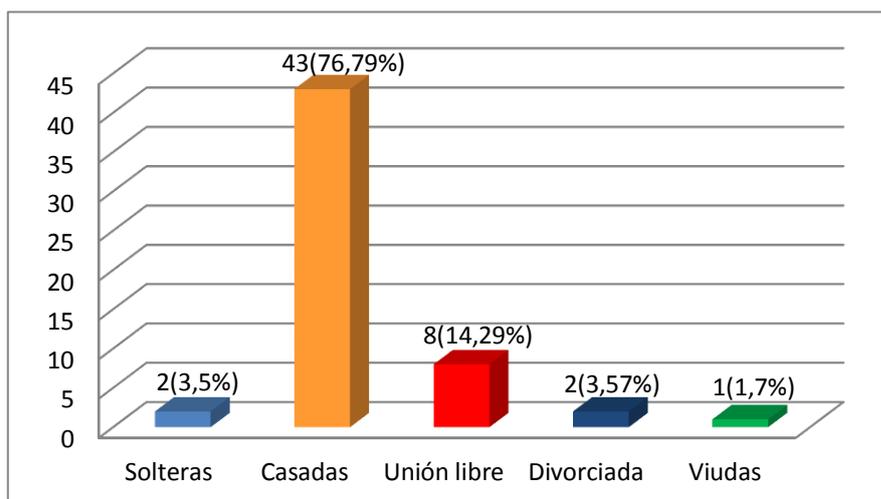
En un estudio realizado por Ronda ,E; Hernández, A; García, A; Regidor, E en el Centro de Salud Juan XXIII, Alicante, España en años 2000 ha puesto de manifiesto que las madres que se dedican a la agricultura son (10,8%) trabajadoras del sector servicios (3,5%) y del manual de industria y construcción (3,4%); las profesionales son solo representan (2,5%); además determinadas ocupaciones implican exposiciones químicas, físicas o psicosociales que incrementarían el riesgo de alteraciones en el embarazo.

4.1.3 Distribución de la población según el estado civil

Tabla N° 7 Distribución de la población según el estado civil

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Solteras	2	3,57%
Casadas	43	76,79%
Unión libre	8	14,29%
Divorciada	2	3,57%
Viudas	1	1,79%
Total	56	100%

Gráfico N° 11 Distribución de la población según el estado civil



Elaborado por: ENRÍQUEZ, Marco

Fuente: Scs del Cantón Quero

Interpretación

El gráfico muestra que un 3,5% de las madres son solteras además se puede apreciar la existencia de madres que viven en Unión Libre en un 14,29%, un porcentaje de 3,5% de madres que son divorciadas, el 1,7% son viudas y el más del 76,7 % de las madres son casadas teniendo así un hogar bien formado para sus hijos.

Análisis

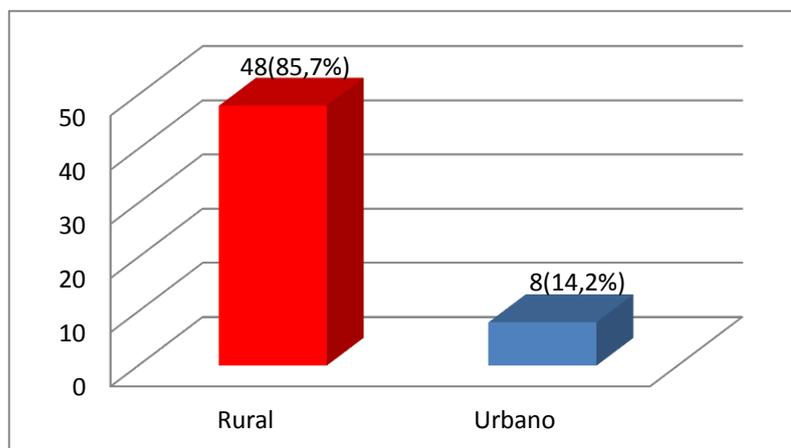
Datos similares se presentan en su estudio realizado por Arcos y Cols y concluyeron que el estado civil que predomina en las mujeres gestantes estuvo representado en un 50% por casadas seguido por el 29.63% solteras, el 18.52% unión libre. Según este autor las gestantes que se encuentran casadas tienen mayor facilidad de afrontar las diversas complicaciones del embarazo con relación a las gestantes que tienen que afrontarlo sin compañero lo que indica claramente que esto le crea depresión, soledad, dudas entre otros lo cual puede generarse complicaciones al embarazo²⁶.

4.1.4 Distribución de la población según la procedencia

Tabla N° 8 Distribución de la población según la procedencia

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	48	85,71%
Urbano	8	14,29%
TOTAL	56	100%

Gráfico N° 12 Distribución de la población según la procedencia



Elaborado por: ENRÍQUEZ, Marco
Fuente: Scs del Cantón Quero

Interpretación

En el gráfico se observa la prevalencia de madres gestantes de procedencia rural con un porcentaje del 85.7% y como se sabe ellas son el grupo de mayor riesgo debido a que en campo hay contacto directo con los animales, con el suelo; de procedencia urbana con una menor representación se registran un 14,2%.

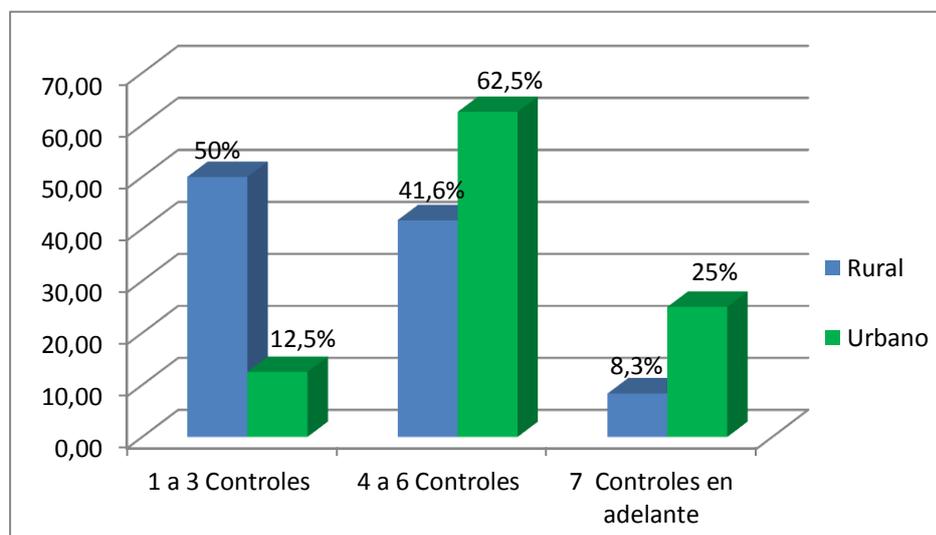
Análisis

Datos similares se muestra el ENDS 2010 Embarazo y maternidad de adolescentes en Colombia refiere que al apreciar las zonas geográficas igualmente 82.7% de madres gestantes son de zonas rurales en comparación con un porcentaje de 17.3% de madres gestantes proviene de zonas urbanas²⁷.

Tabla N° 9 Comparación de controles prenatales y el lugar de procedencia de la paciente gestante

Procedencia	1 a 3 controles	4 a 6 controles	7 controles en adelante	Total
Rural	50,00%	41,67%	8,33%	100,00%
Urbano	12,50%	62,50%	25,00%	100,00%

Gráfico N° 13 Comparación de controles prenatales y el lugar de procedencia de la paciente gestante



Elaborado por: ENRÍQUEZ, Marco
Fuente: Scs del Cantón Quero

Interpretación

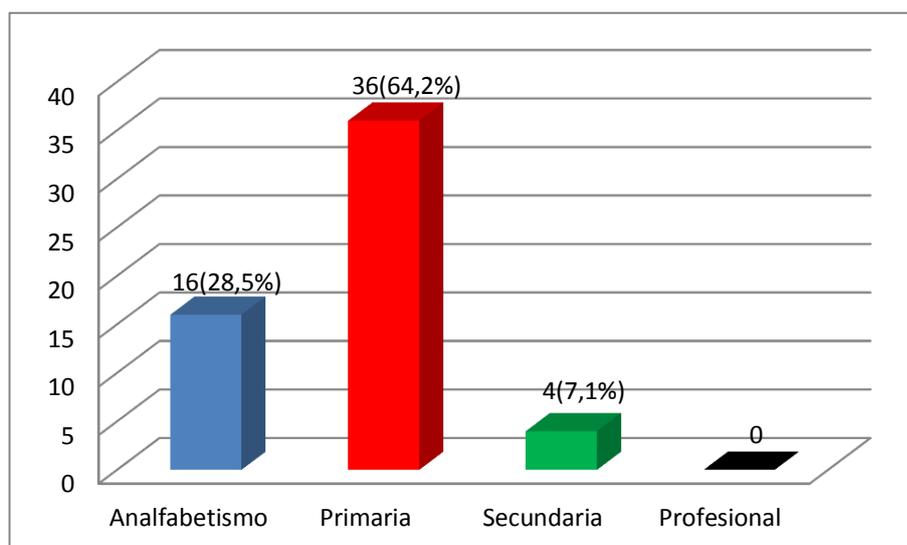
Al comparar el lugar de procedencia con el número de controles los controles prenatales el 50% de pacientes acuden de 1-3 controles durante el embarazo y solo 8,3% acude a más 7 controles. Mientras tanto pacientes del área urbana el 62,5% acuden de 4-6 controles prenatales lo que concuerda con las normas de MSP del Ecuador que comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado durante el período del embarazo

4.1.5 Distribución de la población según la escolaridad

Tabla N° 10 Distribución de la población según la escolaridad

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabetismo	16	28,57%
Primaria	36	64,29%
Secundaria	4	7,14%
Profesional	0	0,00%
TOTAL	56	100%

Gráfico N° 14 Distribución de la población según la escolaridad



Elaborado por: ENRÍQUEZ, Marco

Fuente: Scs del Cantón Quero

Interpretación

El gráfico nos muestra que la mayor cantidad de madres gestantes se presentan un grado de escolaridad correspondiente a la primaria con 36 casos que corresponde al 64,2%, seguido de madres analfabetas con 16 casos que corresponde al 28,5%. En cuanto al nivel de secundaria se reportan 4 madres con un porcentaje de 7.1%. Además no se encuentra ningún caso de madres con educación superior que acudió al control prenatal.

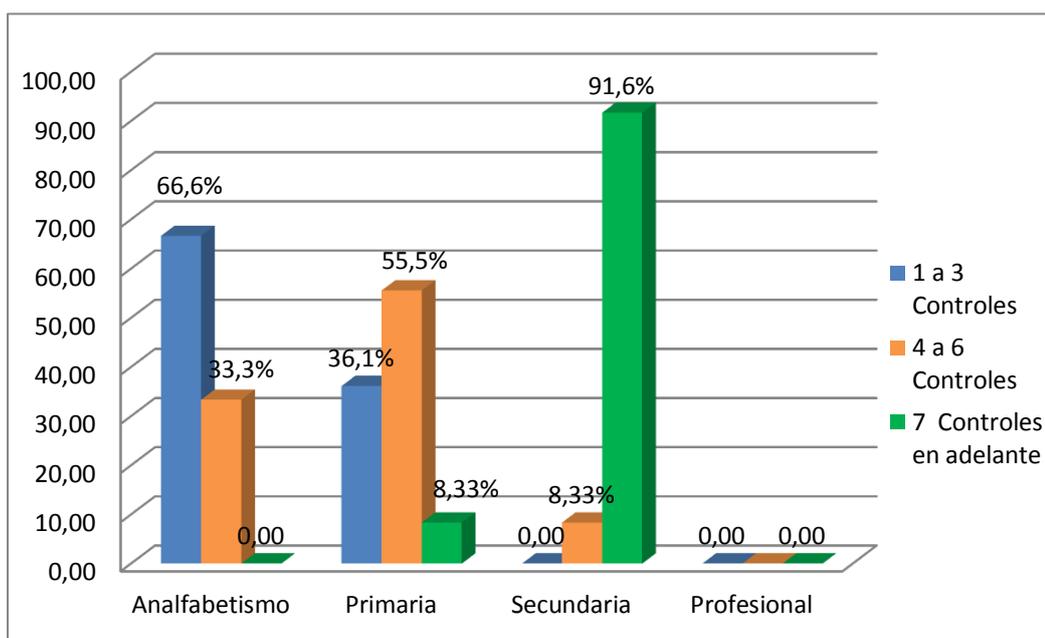
Análisis

Según el ENDS 2010 Embarazo y maternidad de adolescentes en Colombia presenta datos superiores en relación con los niveles educativos se constata que los porcentajes más altos de embarazos se presenta en madres sin educación (55%) o solo con educación primaria (46.5%). Tales cifras reflejan el rol esencial que juega la escolarización de las mujeres a la hora de controlar y prevenir complicaciones el embarazo²⁷.

Tabla N° 11 Comparación de controles prenatales y el nivel de instrucción de la paciente gestante

Escolaridad	1 a 3 Controles	4 a 6 Controles	7 Controles en adelante	Total
Analfabetismo	66,67%	33,33%	0,00%	100,00%
Primaria	36,11%	55,56%	8,33%	100,00%
Secundaria	0,00%	8,33%	91,67%	100,00%
Profesional	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Gráfico N° 15 Comparación de Controles Prenatales y el nivel de instrucción de la madre



Elaborado por: ENRÍQUEZ, Marco
Fuente: Scs del Cantón Quero

Interpretación

Al comparar el nivel de educación con los controles prenatales el 66,6% de pacientes analfabetas solo acuden de 1-3 controles durante el embarazo mientras el 91,6% de pacientes con instrucción secundaria

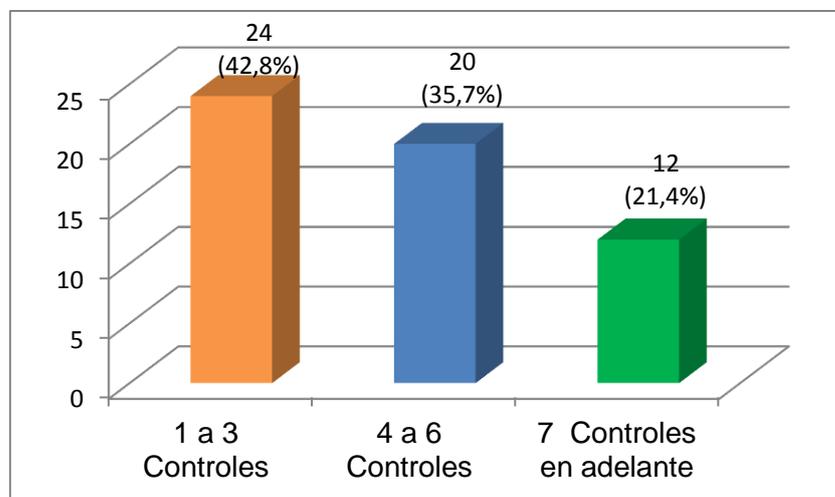
acuden a más de 7 controles; lo que permite concluir que un bajo nivel de educación lleva consigo un inadecuado control prenatal.

4.2 Factores Personales

Tabla N° 12 Distribución de la población según el número de controles prenatales

Número de controles	Frecuencia	Porcentaje
1 a 3 controles	24	42,86%
4 a 6 controles	20	35,71%
7 controles en adelante	12	21,43%
Total	56	100%

Gráfico N° 16 Distribución de la población según el número de controles prenatales



Elaborado por: ENRÍQUEZ, Marco
Fuente: Scs del Cantón Quero

Interpretación

El gráfico evidencia el número de controles a los que asistieron las madres gestantes agrupados por intervalos de 1 a 3 controles con un total de 24 casos es decir que corresponde el 42,8%, luego se encuentra

el intervalo de 4 a 6 controles con un total de 20 casos es decir el 35,7%. Finalmente se encuentra el intervalo de 7 controles en adelante se ubicaron 12 casos es decir el 21,43%. El control prenatal es una oportunidad única para la atención médica y educación sanitaria misma que debe ser sistemática

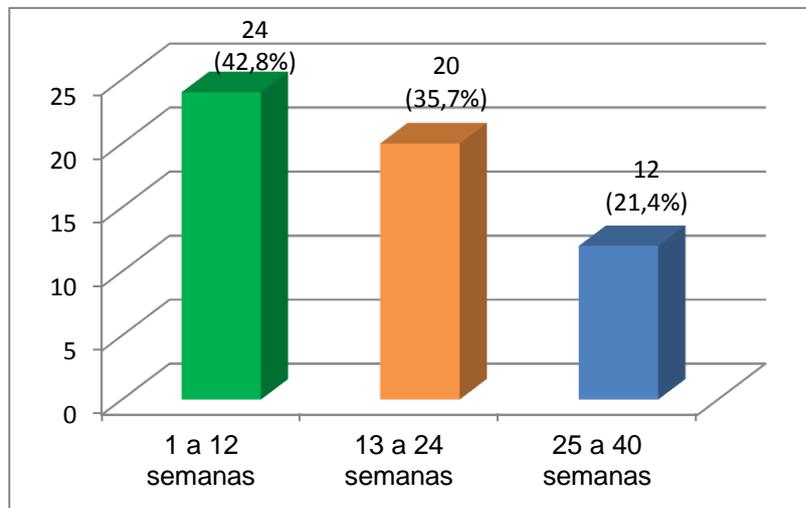
Análisis

Datos superiores presenta la OMS que considera que solo el 63% de las embarazadas en África, 65% en Asia y 73% en Latinoamérica asisten al menos a una consulta de control prenatal²⁸.

Tabla N° 13 Distribución de la población según la edad gestacional en la que inicio el control prenatal

Edad gestacional en la que inicio el control prenatal	Frecuencia	Porcentaje
1 a 12 semanas	24	42,86%
13 a 24 semanas	20	35,71%
25 a 40 semanas	12	21,43%
TOTAL	56	100%

Gráfico N° 17 Distribución de la población según la edad gestacional en la que inicio el control prenatal



Elaborado por: ENRÍQUEZ, Marco

Fuente: Scs del Cantón Quero

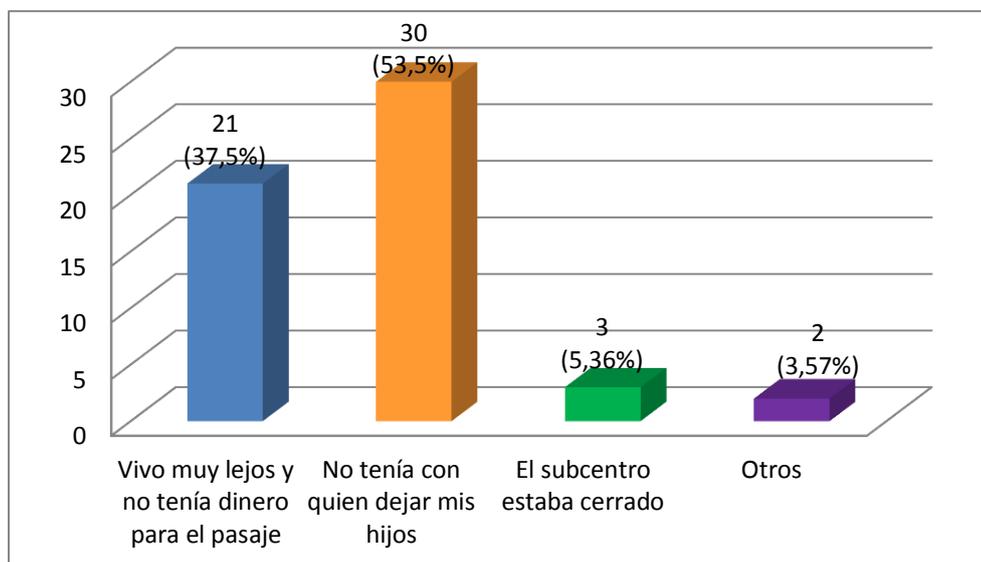
Interpretación

El gráfico permite observar que se coincidió entre las semanas de gestación con la edad gestacional al momento de iniciar el control prenatal, registrándose en primer lugar en el intervalo de 1 a 12 semanas con un total de 24 casos es decir el 42,8%, en el segundo lugar se encuentra el intervalo de 13 a 24 semanas con 20 casos es decir que corresponde el 35,7%. Finalmente se encuentra el intervalo de 25 a 40 semanas donde se ubicaron 12 casos, es decir el 21,43%.

Análisis

En Estados unidos de Norteamérica el objetivo del United States Public Health Service para 2000 es que por lo menos 90% de las mujeres estadounidenses inicie los cuidados prenatales en el primer trimestre.

Gráfico N° 18 Motivos de ausencia en las citas asignadas durante el control prenatal



Elaborado por: ENRÍQUEZ, Marco
Fuente: Scs del Cantón Quero

Interpretación

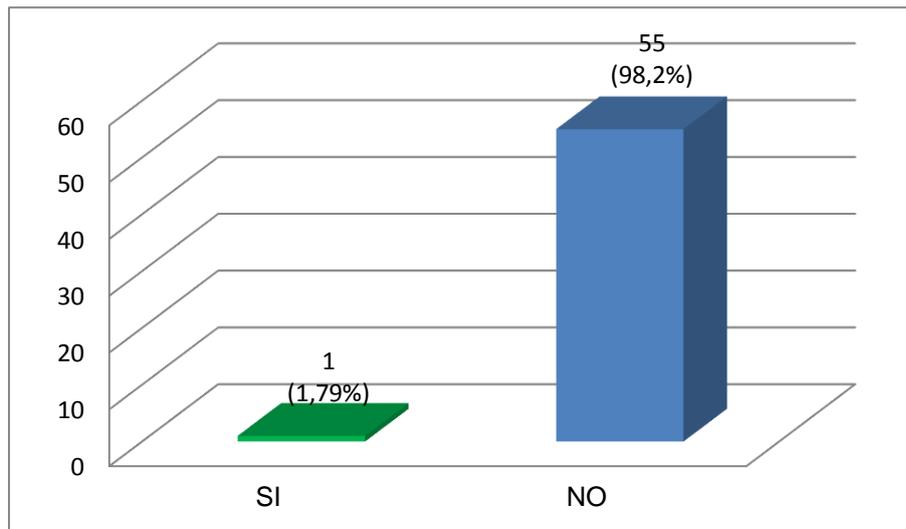
El gráfico pretende cuantificar las razones comunes por las cuales las madres gestantes se ausentan a las citas de control prenatal predominando con 30 casos el 53.5% bajo la razón de tener con quien dejar el cuidado de sus otros hijos. En segundo lugar se encuentra la razón de la distancia y la ausencia de dinero para los pasajes para asistir al programa y devolverse nuevamente a su hogar con 21 casos que representa el 37,5%. En tercer lugar se encuentra que el subcentro se encontraba cerrado lo cual registran 3 casos con un porcentaje de 5.36%. Denominado con el nombre de otros se ha agrupado razones diversas diferentes a las tres mencionadas con anterioridad estas reportaron 2 casos el cual representa el 3,57%.

Análisis

Un estudio en Colombia Investigadores de la Universidad Manuela Beltrán hallaron las principales causas por las que un gran porcentaje de madres colombianas no asisten o dejan de acudir a los controles

prenatales durante el embarazo entre ellas se encontró que en muchos casos su bebé es no deseado, son madres solteras, no cuentan con el apoyo necesario y en muchos casos carecen de información sobre la importancia de tener un control de su estado²⁸.

Gráfico N° 19 Dificultades para conseguir las citas de control prenatal.

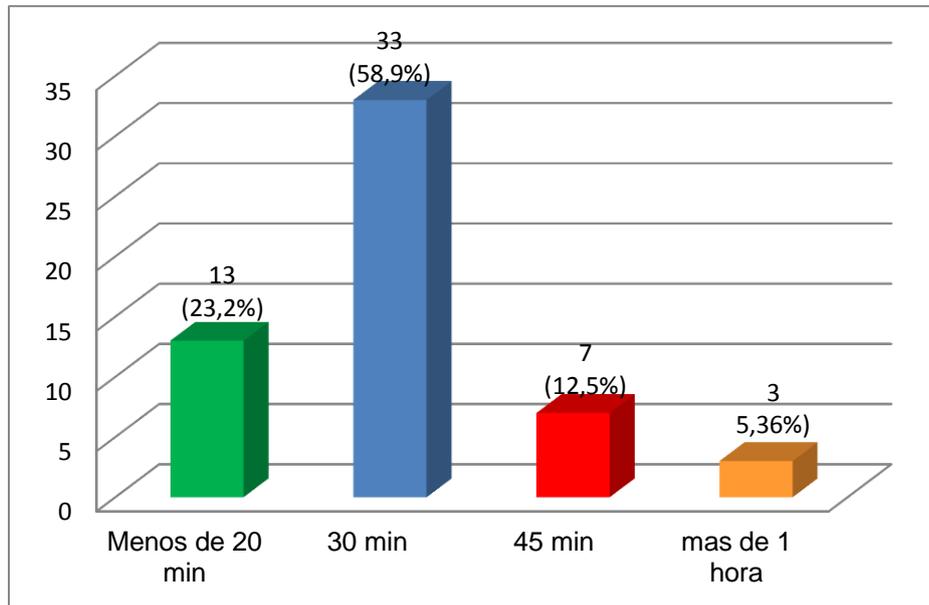


Elaborado por: ENRÍQUEZ, Marco
Fuente: Scs del Cantón Quero

Interpretación

El gráfico nos muestra que las madres gestantes en número de 55 casos que representa el 98,2%, afirman que la obtención de las citas de control prenatal no es difícil excepto por el 1 caso que afirman dificultad en dicho proceso estos se representan en un porcentaje de 1.79%. Por lo tanto la consecución de citas no representa un obstáculo para continuar con el control prenatal.

Gráfico N° 20 Tiempo de camino del hogar al centro de salud en donde se realiza su control prenatal



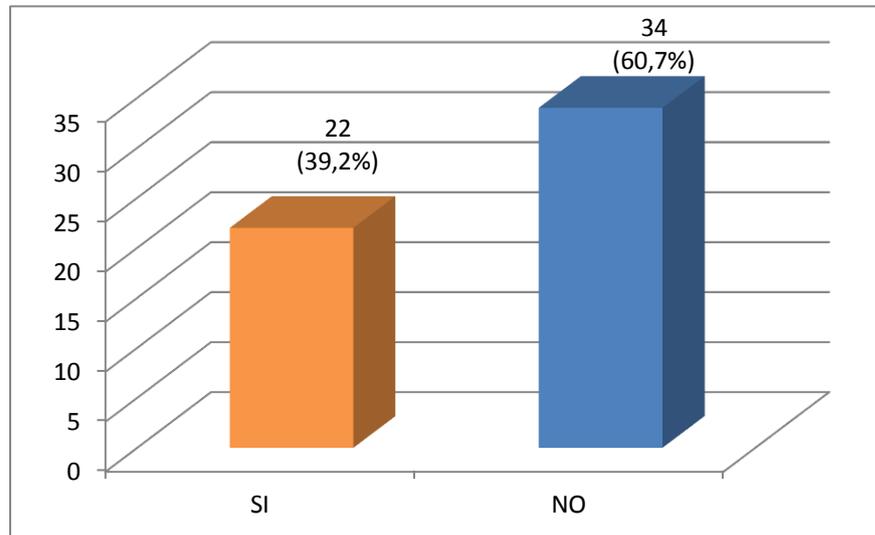
Elaborado por: ENRÍQUEZ, Marco
Fuente: Scs del Cantón Quero

Interpretación

El gráfico muestra que la mayor parte de las madres gestantes se ubica en el rango de 30 minutos que tienen que recorrer para llegar al Scs con 33 casos que representa el 58,9%, seguido del rango de menos de 20 min con 13 casos que representa el 23,2%. En tercer lugar se encuentra el rango de 45 minutos con 7 casos que representa el 12,5% y finalmente el rango de más 1 hora con 3 casos que representa el 5,36%.

4.3 Factores Socioculturales

Gráfico N° 21 Conocimiento de la importancia del control prenatal

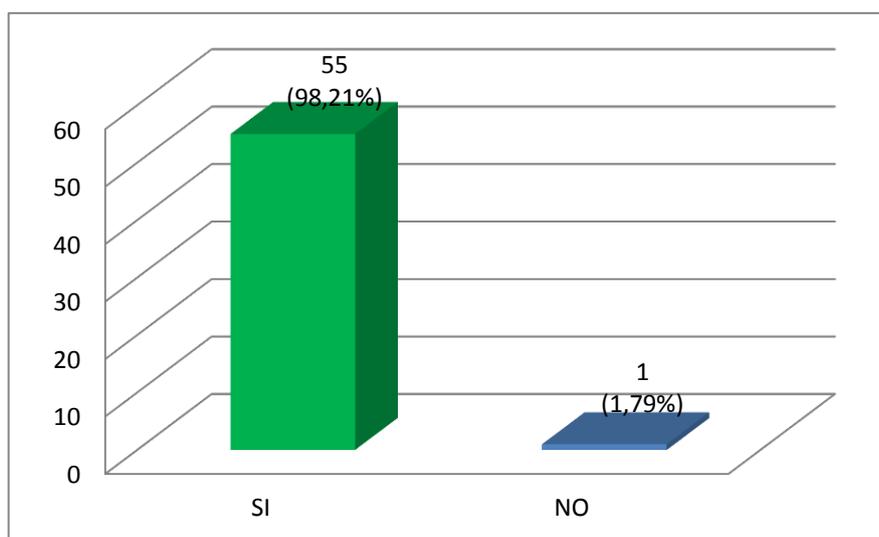


Elaborado por: ENRÍQUEZ, Marco
Fuente: Scs del Cantón Quero

Interpretación

Al indagar sobre conocimiento de la importancia del control prenatal se observa que un total de 22 madres gestantes afirman tener conocimiento de la importancia del control prenatal con un porcentaje del 39,2% y los 34 casos restantes es decir el 60,7% afirman no conocer la importancia del control prenatal. Ante las respuestas afirmativas a las que se les solicito explicar que entendían por control prenatal predomino la siguiente frase: “Que mi bebe y yo estemos bien es lo más importante”.

Gráfico N° 22 Consideración de la importancia de continuar en el control prenatal

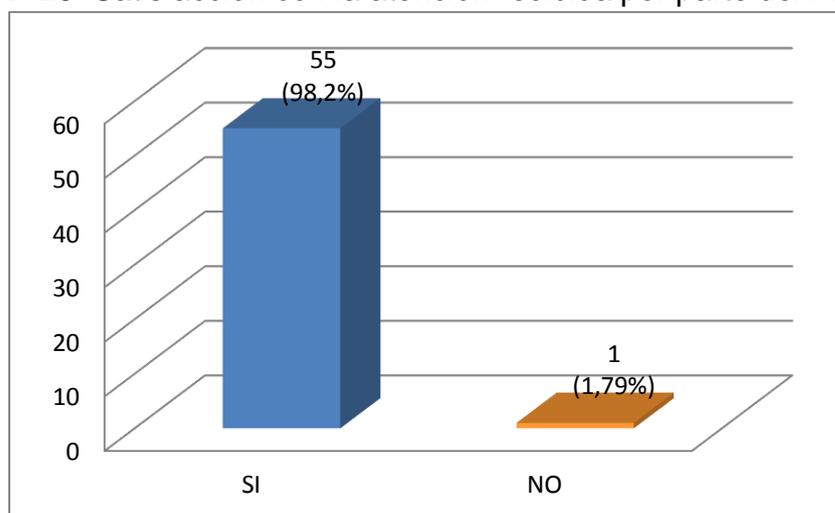


Elaborado por: ENRÍQUEZ, Marco
Fuente: Scs del Cantón Quero

Interpretación

El gráfico muestra el sí contundente ante la contemplación de continuar dentro del control prenatal con un total de 55 pacientes es decir el 98.2%, contra una negativa de 1 paciente decir el 1,79% por referirse que viaja constantemente.

Gráfico N° 23 Satisfacción con la atención recibida por parte del médico

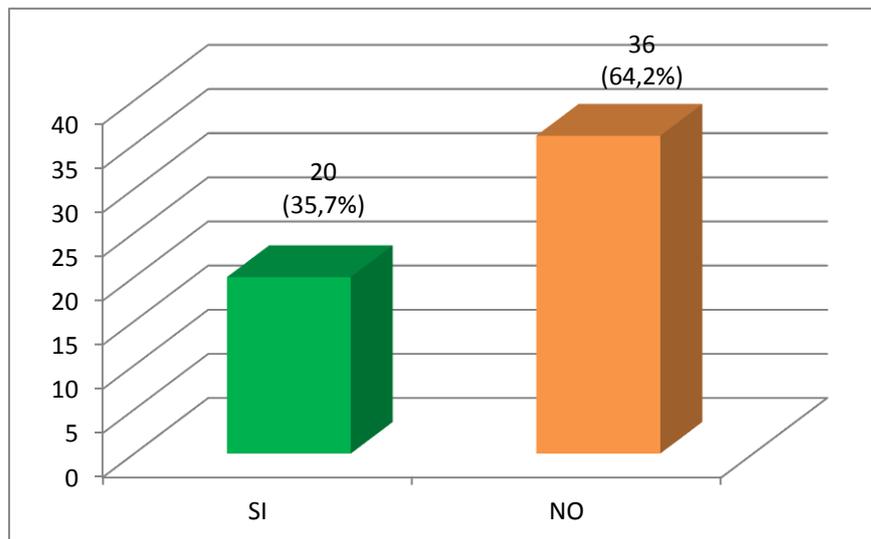


Elaborado por: ENRÍQUEZ, Marco
Fuente: Scs del Cantón Quero

Interpretación

El gráfico muestra durante todo el periodo Agosto 2012 – Marzo 2013 que las pacientes presentan la satisfacción de la atención por parte del médico es 98.2%, contra la insatisfacción registrada con 1 caso que representa el 1.8%.

Gráfico N° 24 Información adecuada de la importancia del control durante la gestación



Elaborado por: ENRÍQUEZ, Marco
Fuente: Scs del Cantón Quero

Interpretación

El gráfico muestra que las madres gestantes que no recibieron la respectiva información con respecto a su control prenatal, población representada por con un total de 36 pacientes es decir el 64,2%, contra 35,7% que refiere que si recibió información sobre e su control prenatal. Lo que hace notar el déficit de la información brindada a las madres gestantes que acuden a este scs.

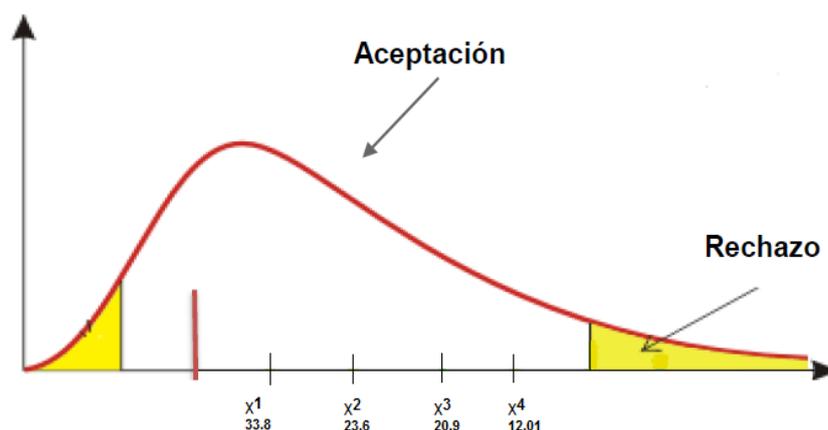
Análisis

Como se sabe que el cuidado prenatal es brindar contenidos educativos para la salud de la madre, el niño y la familia; prevenir, diagnosticar y tratar complicaciones del embarazo, vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal, aliviar molestias y síntomas menores del embarazo, preparar psíquicamente durante el embarazo y para el nacimiento ²⁹.

4.3 Verificación de Hipótesis

Para la verificación de hipótesis se plantea la hipótesis nula que dice HO: Factores como el lugar de procedencia, nivel de educación, ocupación, la edad de las pacientes gestantes no inciden en la adherencia al control prenatal en el subcentro de salud del cantón Quero. Para la validación de la Hipótesis se utilizó Chi Cuadrado X^2 con dos grados de libertad (5,99) y un intervalo de confianza del 95%, $p=0,001910088$

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa en la que se plantea que los factores como el lugar de procedencia, nivel de educación, ocupación, la edad de las pacientes gestantes inciden en la adherencia al control prenatal en el subcentro de salud del cantón Quero.



x^1 Lugar de procedencia

x^2 Nivel de educación

x^3 Ocupación

x^4 Edad

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Los principales factores que inciden en la adherencia al control prenatal son: el lugar de procedencia, el tiempo, la ocupación y el nivel de educación ya que la mayoría solo poseen educación primaria.
- El número de controles a los que suelen asistir generalmente las madres gestantes es de 1 a 3 conservando una relación de casos en cuanto a la edad de gestación en la que inició el control prenatal
- La gran mayoría de madres gestantes provienen del área rural circundante al subcentro de salud lo cual es un factor potencial relacionado con la inasistencia a los controles, mostrando como principal motivo la distancia y que no tenían con quien dejar a sus hijos como señalan los resultados, esto forma parte de los aspectos que según la opinión de las madres gestantes tanto el cuerpo médico como la institución no pueden ejercer efectos directos sobre la ubicación de la residencia con respecto al puesto de salud y la situación económica particular de las beneficiarias del programa. A pesar de la distancia a que se hace mención anteriormente las madres gestantes manifiestan su interés por continuar dentro del programa de control prenatal sin importar la distancia como factor principal lo cual podría estar asociado a la concientización de la importancia que para ellas (las madres gestantes) representa.
- La edad de las madres gestantes se encuentra en el intervalo de 14 a 24 años, en lo cual puede tener alguna relación el nivel de escolaridad representado en su mayor porcentaje en el ítem de básica primaria, sin desconocer el alto índice de analfabetismo presente.

- En cuanto a la consecución de las citas la gran mayoría cree que no hay dificultad asociándose a la satisfacción de las expectativas de las madres gestantes, esto sumado a la atención prestada por los funcionarios del subcentro de salud del Cantón Quero como son los médicos y enfermeras
- El rol desempeñado por parte del servicio de salud se lo realiza de manera incompleta, por cuanto no hay información sobre la importancia de acudir al control prenatal; además la captación de las mujeres gestantes desde su primer trimestre es bajo en porcentaje con lo que no es posible que se brinde un control prenatal óptimo en las mujeres gestantes de Quero.

5.2 Recomendaciones

- Realizar un control prenatal más estricto a las pacientes en especial en aquellas muy jóvenes inexpertas o pacientes añosas que provienen de áreas rurales incentivándolas a que acudan a controles periódicos.
- Proporcionar mucha más información especialmente en áreas rurales sobre el embarazo todo su desarrollo y sus complicaciones si las madres no acuden a controles periódicos.
- Buscar la posibilidad de mejorar la atención profesional y personalizada con la implementación de un sistema de seguimiento materno perinatal para cumplir con los lineamientos y/o objetivos que el ministerio de salud pública se ha planteado como es la atención con calidad y calidez.
- Realizar nuevos estudios y en diferentes zonas para de esta manera definir exactamente los factores por que las pacientes gestantes no acuden consecutivamente al control prenatal.

CAPÍTULO IV

LA PROPUESTA

6.1 Datos informativos:

6.1.1 Título:

Implementación de un sistema de seguimiento para las madres gestantes en el subcentro de salud del cantón Quero.

6.1.2 Institución ejecutora

Subcentro de Salud del Cantón Quero

6.1.3 Beneficiarios

La institución de salud y las pacientes

6.1.4 Ubicación

La propuesta se va a realizar en el subcentro de salud del cantón Quero, perteneciente a la provincia de Tungurahua la misma que se encuentra ubicado en las calles Eloy Alfaro y Guayaquil.

6.1.5 Entidad responsable

Medico Director de Área de Salud

Médicos Rurales que laboran en el subcentro de salud del cantón Quero

6.1.6 Tiempo estimado para la ejecución de la propuesta

1 año

6.1.7 Costo

Para la ejecución de la propuesta se ha establecido un presupuesto económico de \$ 500

6.2 Antecedentes de la propuesta

En la investigación realizada se determinó que los principales factores que inciden en la adherencia al control prenatal son: el lugar de procedencia, el tiempo y la ocupación y el nivel de educación

Además se notó el 42,8% CPN de las pacientes gestantes tuvieron entre 1 – 3 visitas al médico durante su embarazo.

En el centro de salud no hay información suficiente, además la captación de las mujeres gestantes en su primer trimestre ocurre en un porcentaje bajo con lo que no es posible que se brinde un control prenatal óptimo en las pacientes que acuden al scs de Quero.

De lo detallado antes es necesario implementar un sistema de seguimiento materno perinatal para corregir los errores que se han venido cometiendo en el scs de salud para que de esta manera exista un control prenatal óptimo en las mujeres gestantes y contribuir a disminuir complicaciones durante el embarazo

6.3 Justificación

El presente trabajo luego del análisis correspondiente se justifica y se propone ya que en nuestro medio y en el subcentro de salud del cantón Quero no se cuenta con un estudio de estas características por tal motivo no poseen una base de datos que nos ayuden a identificar el problema, además no hay una guía estándar única y propia de la Institución ya que se manejan a los pacientes por lo tanto la implementación de un sistema de seguimiento materno perinatal de seguimiento será de mucha utilidad para la Institución y para las pacientes embarazadas evitando complicaciones y controlando rápidamente su embarazo.

6.4 Objetivos

6.4.1. General

Implementar en la unidad operativa un sistema de seguimiento para las madres gestantes mediante el cual se garantice un manejo adecuado de los controles prenatales.

6.4.2. Específicos

- Optimizar el proceso de control prenatal de las pacientes gestantes del subcentro de salud del cantón Quero.
- Captar precozmente todas las embarazadas antes de las 12 semanas de gestación.
- Describir los beneficios de establecer un sistema de seguimiento para las pacientes gestantes en la unidad de salud y motivar la participación comunitaria para aplicar medidas preventivas destinadas a disminuir complicaciones en el embarazo.

6.5 Análisis de factibilidad

6.5.1 Político

Las políticas del gobierno actual están encaminadas a garantizar la salud como un derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud.

6.5.2 Socio Cultural

La elaboración de la propuesta beneficiará a todas las mujeres gestantes, ayudando a prevenir complicaciones o dando un tratamiento oportuno a las mismas y de esta manera reducir el impacto a la familia y sociedad.

6.5.3 Técnico

Se dispone de conocimiento y habilidades en el manejo de métodos, procedimientos y funciones requeridas para el desarrollo e implantación del proyecto.

6.5.4 Económico – Financiero

Cabe mencionar que se cuenta con los recursos necesarios para ejecutar el proyecto debido a que este estará cancelado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador por cuanto los beneficios a obtener son superiores a sus costos.

6.6 Fundamentación teórica

Sistema de seguimiento

El Seguimiento es uno de los elementos de la calidad de atención y consiste en un conjunto de acciones y estrategias que se emplean para brindar acompañamiento a las pacientes de los servicios de planificación materno perinatal durante su proceso de atención.

El seguimiento empieza en la primera visita de la paciente cuando se le cita para una próxima fecha. Si el médico ayuda a la paciente a resolver sus necesidades ésta tendrá la suficiente confianza y seguridad y volverá al servicio. Si no viene se le debe buscar y averiguar los motivos por los cuales no asistió y si continúa con el control o lo abandonó.

Beneficios de contar con un Sistema de Seguimiento

- Permite llevar un registro de las pacientes asistentes, inasistentes y las que abandonaron el servicio.
- Evaluar el avance o desarrollo de la atención y/o tratamiento de los pacientes
- Evaluar la calidad de los servicios que se brindan
- Identificar las necesidades no cubiertas de los pacientes
- Identificar las áreas por mejorar en los servicios

- Tomar decisiones y realizar acciones correctivas

Herramientas para el Seguimiento a Usuarios

Para poder realizar el seguimiento se requieren de instrumentos o herramientas que permitan registrar a las pacientes con las que se trabaja y evaluar el avance o desarrollo en su atención o tratamiento y que permitan además evaluar la calidad de los servicios que se brindan.

Entre ellas se encuentran:

- Tarjeteros de Seguimiento
- Mapas
- Visitas Domiciliarias de Seguimiento
- Encuestas para las pacientes

Tarjetero de seguimiento³⁰

Es una herramienta que permite realizar el seguimiento a las actividades materno perinatal. Consiste en un sistema de archivo de las tarjetas de las pacientes del servicio ordenado alfabéticamente. Las fichas contienen datos personales de las pacientes y de su situación de salud.

Tarjetas:

La tarjeta es una ficha que contiene datos personales de la paciente del servicio.

En ella se registran:

- Fechas de citas posteriores que el médico establece con la paciente.
- El seguimiento de su situación de salud
- El número asignado a la paciente que servirá posteriormente para su ubicación en el mapa de su localidad

Cómo funciona

- Organizar el archivo por secciones según los meses del año

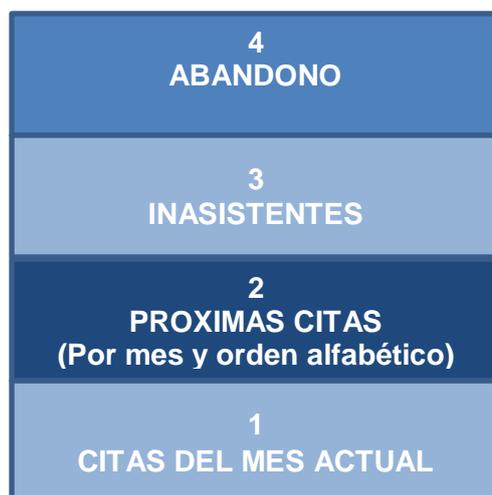
- Dentro de cada sección del archivo las tarjetas de la paciente deben ordenarse en estricto orden alfabético.
- En el primer casillero se colocan las tarjetas de todas las citadas en el mes actual luego de ser atendida la tarjeta se colocará en el casillero 2 (Próximas citas) y se ubicará en el mes al que corresponda su cita.
- Las tarjetas de las pacientes que no vienen a su cita serán colocadas en el casillero 3 (Inasistentes) y se les hará hasta 2 visitas domiciliarias. Si no se pudo ubicar a la paciente su tarjeta pasará al casillero 4(abandono)
- Las tarjetas de las pacientes ubicadas en el casillero de “Abandono” deberán registrar el motivo de abandono del servicio (identificado en las visitas domiciliarias) en “Observaciones”
- Si la paciente regresa al servicio se utilizará la misma tarjeta de datos.

Tabla N° 14 Tarjetero de seguimiento de pacientes

1 CITAS DEL MES ACTUAL	2 PROXIMAS CITAS (Por mes y orden alfabético)	3 INASISTENTES	4 ABANDONO
<p>Citas del mes: Tarjetas que tienen citas en el mes (en estricto orden alfabético). Una vez atendida la paciente se colocará su tarjeta en el casillero 2 en el mes al que corresponde su próxima cita.</p>	<p>Próximas citas: Tarjetas distribuidas de acuerdo al mes correspondiente a su próxima cita. La tarjeta debe ser colocada en orden alfabético en la sección que corresponde al mes que espera que regrese.</p>	<p>Inasistentes: Sección donde se guardarán las tarjetas de las pacientes que no acudieron a su cita. Al final de cada mes las tarjetas de inasistentes se programarán para visitas domiciliarias</p>	<p>Abandono: Paciente inasistente que no acudió a su cita después de 2 visitas consecutivas o que no es “ubicable”.</p>

Al finalizar el mes actual, todas las tarjetas que se queden en el casillero 1 serán colocadas en el casillero 3 (Inasistentes).		hasta en dos ocasiones. Si no asisten se debe colocar su tarjeta en el casillero 4:Abandono	
--	--	---	--

Vista frontal del tarjetero de seguimiento



Los mapas ³¹

Los mapas constituyen uno de los instrumentos más antiguos de recopilación, análisis y presentación de información. Los mapas de diversas clases se usan ampliamente en geografía, estudios del medio ambiente, astronomía y epidemiología y también se usan con propósitos administrativos. Los mapas pueden dar una imagen simple y precisa sobre alguna actividad de un programa pueden utilizarse para planear trabajos y para ayudar al personal de salud a identificar la ruta más

eficiente a seguir cuando realizan sus visitas de seguimiento a los diferentes hogares. Pueden también ayudar a los supervisores a vigilar la efectividad de un plan de trabajo y pueden facilitar el proceso de revisión del mismo. Cuando se utilizan como parte de un proceso de evaluación éstos pueden ayudar a los supervisores a evaluar los logros y puntos débiles de un programa. Los mapas presentan una información con las siguientes características:

- Está disponible inmediatamente y es de fácil comprensión.
- Puede ser actualizada rápida y fácilmente para reflejar los cambios en la situación reproductiva y anticonceptiva de los miembros de la comunidad.

Los mapas son utilizados para:

- Registrar datos geográficos para la ubicación de las usuarias
- Mejorar la prestación de servicios: uso de mapas para planear el trabajo.
- Mejorar los servicios prestados a los usuarios.
- Administrar las actividades de los proveedores de servicios de salud.
- Mantener mejores registros.
- Organizar actividades y ayudar a ampliar sus servicios para llegar al máximo número posible de usuarias valorar el desempeño y efectividad del programa y para analizar tendencias (Ej. uso de anticonceptivos).
- Mejorar la supervisión y el desempeño del programa
- Como herramienta administrativa.

En área Materno-perinatal:

Se pueden utilizar los mapas para identificar a las gestantes de la comunidad si están asistiendo a su control prenatal, si son gestantes de alto riesgo y sus necesidades de anticoncepción postparto. Con el acceso a la información actualizada de este tipo los responsables de ambos programas pueden tomar decisiones en asuntos como:

- Qué pacientes requieren que se les haga una visita en su domicilio.

- La razón por la cual se requiere una visita a domicilio (para reabastecer o para motivar a la paciente).
- Arreglos especiales para aquellos pacientes que pudieran necesitar una mayor orientación sobre cuidado Materno-perinatal (Eje. ser referidos a otros centros de salud).

Visitas domiciliarias de seguimiento

Es otra de las herramientas que se utilizan para realizar seguimiento a las pacientes del servicio Materno-perinatal.

Es una actividad que realiza el personal de salud y consiste en visitar a todas las pacientes que no asisten al servicio (en dos visitas consecutivas) para invitarlas a regresar al programa.

La visita domiciliaria tiene la finalidad de:

- Reforzar aspectos educativos y preventivos en las gestantes prioritariamente de alto riesgo.
- Concientizar a la familia para su participación en apoyo al paciente.
- Evaluar las condiciones socioculturales para la mejor atención a la gestante.

¿Cómo se realizan?

- Se identifican a las pacientes que se encuentran registradas en el cuarto casillero del “Tarjetero de Control: Abandono”
- Se ubica a la paciente en el mapa de localización y se identifica la zona a la que pertenece y se programa su visita
- Se realiza la visita donde se le hace una entrevista y se le aplica una encuesta para conocer los motivos por los cuales dejó de asistir al servicio.

Encuesta

La encuesta contiene preguntas que pueden indicar los motivos por los cuales la paciente abandonó el servicio esto permitirá conocer los

aspectos que necesitan mejorar en el servicio y realizar acciones correctivas.

Implementación del sistema de seguimiento

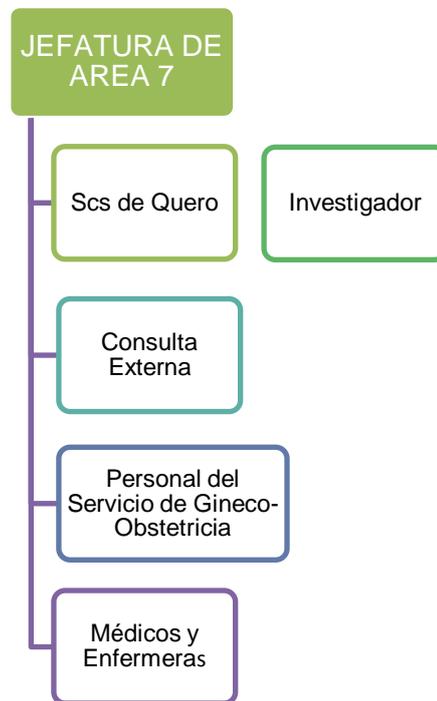
- Cada paciente será registrada en el tarjetero de seguimiento.
- Cada tarjeta debe contener los datos de la paciente y además el número que se le asigne.
- Para asignarle un número empiece por enumerar a las pacientes del primer casillero, “Citadas en el mes actual” y continúe con los demás casilleros. La enumeración continuará con cada nueva paciente que asista al servicio.
- Las tarjetas deben estar en orden alfabético y ubicado en el casillero que le corresponde de acuerdo a su condición (cita del mes actual, cita del próximo mes, inasistentes o abandono) y al mes de atención (1 ° y 2 ° casillero).
- Todas las pacientes estarán representadas por el número asignado (en la tarjeta) en el mapa de localización de pacientes y de esta manera se contará con la ubicación geográfica del domicilio de cada una.
- Todas las pacientes que estén ubicadas en el tercer casillero “Inasistentes” serán localizadas en el mapa y serán visitadas hasta en dos oportunidades para que regrese al servicio / Control.
- La visita de seguimiento brindará información acerca del motivo de abandono del servicio o consulta, si recibe atención en otro centro o con otro profesional y ayudará a identificar signos de alarma y riesgos en las pacientes.

6.7 Modelo operativo

Tabla N° 16 Modelo operativo

Fase de Planificación	Metas	Evaluación	Recursos	Tiempo
Autorización para realizar la propuesta Presentación de la propuesta Diseño del programa de la propuesta	Obtener comunicación de autorización por la jefatura del área o unidad de salud.	Entrega de la comunicación y la propuesta. Recepción de comunicación de propuesta aprobada	Solicitud a las autoridades	3 meses
Fase de Ejecución Implementación de un sistema de seguimiento materno-perinatal	Asignación del personal Capacitación Puesta en marcha	Reuniones con el grupo que labora en la unidad	Actas Documentos técnicos	5 meses
Fase de evaluación Evaluar cumplimiento y límites de la propuesta	Reportes mensuales. Información de cobertura del control prenatal en el Scs	Revisión de los resultados	Notificación de pacientes con posibles factores de riesgo	3 meses

6.8 Administración de Recursos



6.9 Previsión de la evaluación

Se realizarán a través de los distintos indicadores en las cuales se tomara en cuenta la información a las pacientes y la comunicación, se evaluará a los medios informativos e identificar los cambios clínicos y epidemiológicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

- Aller, J Pagés G. Ginec obstetricia. 2005 Tercera edición. Editorial Mc Graw Hill. Cap. 2, pag 1-13 (29)
- Arcos C, Álvarez J, Benavides H, Cortes O, Rosero J, seguimiento a las gestantes con preeclampsia – eclampsia atendidas en las empresas sociales del estado en instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Municipio de Cumbal en el período 2006 – 2007. [Tesis de Grado previa la obtención del título de Especialista en Gerencia de la Salud Pública]. San Juan de Pasto 2008.(26)
- Asociación de médicos del Hospital de Ginecología Obstetricia No. 3. Ginecología y Obstetricia. Ed. Mendéz Editores. 3ª.ed. (13)
- Bergsjø P, Bréart G, Morabia A. Monitoring data and safety in the WHO Antenatal Care Trial. Paediatric and Perinatal Epidemiology, 2006, 12 (Suppl. 2):156–164. Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, No.5. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2002. (2)
- Boletín del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) de la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Montevideo (Uruguay). 2000; 3(10). (23)
- Constitución nacional de la república del Ecuador 2008 artículo 32 y 43 de la salud para mujeres embarazadas. (9)
- Danforth, D. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Ed. Interamericana. (Disponible en la Biblioteca “Graciela Arroyo de Cordero” de la ENEO). (24)

- González E., Molina T., Caba F., et al. Variables personales y familiares que se asocian al comportamiento sexual y reproductivo de jóvenes varones sexualmente activos. Resúmenes IV Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología Infanto-juvenil 2002; 13 (25)
- Lee, C. y Rocabado, F, 2005. Determinantes Sociales de la Salud en Perú. Cuadernos de Promoción de la Salud N° 17. Lima, Perú. (31)
- Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. Suplementación periconcepcional con folato y/o multivitaminas para la prevención de los defectos del tubo neural (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005 (21)
- Ministerio de Salud de Perú, 2002. Modelo de Atención Integral en Salud. Lima Perú.(30)
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección Nacional de Normatización. Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud, HCI. Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) de la Atención Materno Neonatal. Componente Obstétrico de la Norma Materno Neonatal (Borrador). Quito, Junio 2008. (4)
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección Nacional de Normatización. Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para la Calidad de la Atención Materno Infantil. 2006 (5)
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. Clinical Guideline, 2008. (18)
- NIHCE. Antenatal Care. Routine care for the healthy pregnant woman. Clinical Guideline, 2008. (22)

- Peña, F., Villalba, H., Gudiño, O. y Fernández, D. (2007). Impacto de control prenatal en el Estado Vargas. Comunicaciones orales de la XXI jornada nacional de obstetricia y ginecología. Mérida: Sociedad obstetricia y ginecología de Venezuela. (8)
- Piaggio G et al. The practice of antenatal care: comparing four study sites in different parts of the world participating in the WHO Antenatal Care Randomised Controlled Trial. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2008, 12 (Suppl. 2):116–141. (1)
- República de Colombia. Ministerio de Protección Social. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Resolución No. 00412 de febrero 25 de 2000. (15)
- República de Colombia. Ministerio de Protección Social. Norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones preneoplásicas del cuello uterino. Resolución No. 00412 de febrero 25 de 2000. (20)
- Sánchez, H., Pérez, G., Pérez., P. y Vázquez., F. (2005). Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. *Revista médica del instituto mexicano del seguro social*, 43(5), 377-380 (7)
- Seffah J, Adanu R. Obstetric Ultrasonography in Low-income Countries. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 52(2): 250-255, 2009. (19)
- Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2005. Oxford: Update Software. (14)

Linkografía

- Disponible en http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/pdf/texto/09_saludmadre.pdf (12)
- Embarazo y maternidad de adolescentes en Colombia. Disponible en <http://www.equidadmujer.gov.co/OAG/Documents/Salud-EstadoEmbarazo-maternidad-Adolecentes.pdf> (27)
- Fescina R, et al. Sistema Informático Perinatal. Historia Clínica Perinatal. Publicación Científica CLAP/SMR 1563 Montevideo - URUGUAY - Noviembre 2007. www.clap.ops-oms.org.(17)
- <http://www.herrera.unt.edu.ar/eiii/concepcion/caps/municipal/frembmunicipi.pdf> (11)
- <http://www.vanguardia.com/actualidad/colombia/196270-estudio-revela-causas-de-inasistencia-a-controles-prenatales> (28)
- Mendieta, E., Bataglia, V., Céspedes, E., Martínez, C. y Caballero, C. (2004). Morbimortalidad neonatal en tres centros hospitalarios de referencia: análisis de los indicadores neonatales del sistema informático perinatal. Recuperado 12 de febrero 2008, de órgano oficial de la sociedad paraguaya de pediatría, sitio web: <http://www.spp.org.py>. (6)

Citas bibliográficas – Base de datos UTA

- SCIELO: Gómez J, et al. Evaluación de los programas de control prenatal para adolescentes en el valle de Aburrá, 2003. Iatreia [online]. 2004, vol.17, n.3, pp. 216-223. ISSN 0121-0793. (3) Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v17n3/v17n3a3.pdf>

- SCIELO: Cano, G et al. Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo. Gac Sanit [online]. 2006, vol.20, n.1, pp. 25-30. ISSN 0213-9111. (16) Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/gv20n1/original2.pdf>
- SCIELO: Pazmino, S and Guzmán, N. Control prenatal y su impacto en la mortalidad materna: Análisis de una tendencia, 1994-2004. Cali, Colombia. Rev Colomb Obstet Ginecol [online]. 2009, vol.60, n.1, pp. 12-18. ISSN 0034-7434. (10) Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v60n1/v60n1a04.pdf>
- SCIELO: Cáceres, F. El control prenatal: una reflexión urgente. Rev Colomb Obstet Ginecol [online]. 2009, vol.60, n.2, pp. 165-170. ISSN 0034-7434.(28) Disponible <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v60n2/v60n2a07.pdf> en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342009000200007&lang=pt

ANEXOS

ANEXO 1: CUESTIONARIO

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA
CUESTIONARIO

El cuestionario contiene preguntas que nos ayudarán a determinar factores que inciden en la adherencia al control prenatal en mujeres gestantes

EDAD:

ESCOLARIDAD:

ESTADO CIVIL.....

PROCEDENCIA: R..... U.....

OCUPACION.....

1. ¿Cuál es su edad gestacional?

.....

2. ¿A cuántos controles prenatales asiste hasta el momento usted?

.....

3. ¿A qué edad gestacional inicio su control prenatal?

.....

4. ¿conoce usted la importancia del control de su embarazo?

Si..... No.....

5. ¿Usted considera importante continuar con el control de su embarazo?

Si..... No.....

Porque.....

.....

6. ¿A cuánto tiempo de camino queda el centro de salud en donde le hacen su control del embarazo?

Menos de 20 min.....

30 min

45 min.....

Más de 1 hora.....

7. ¿Cree usted que el tiempo para llegar al centro de salud influye para que usted falte a los controles prenatales?

Si.....

No.....

Porque.....

.....

8. ¿Está usted satisfecha con la atención dada por parte del médico durante sus consultas de control de embarazo?

Si.....

No.....

Porque.....

...

9. ¿Las citas al control del embarazo son difíciles de conseguir?

Si.....

No.....

Porque.....

10. ¿Usted recibió información adecuada sobre la importancia del control de su embarazo durante su gestación?

Si.....

No.....

Gracias por su colaboración

ANEXO 2 FORMULARIO DE CLASIFICACIÓN

Criterios para clasificar a las mujeres para el componente básico del nuevo modelo de control prenatal

Nombre de la paciente: _____	Número de historia clínica	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						
Dirección _____	Telefono: _____							
INSTRUCCIONES: Responda las siguientes preguntas marcando con una cruz el casillero correspondiente.								
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS								
	No	Si						
1. Muerte fetal o muerte neonatal previas.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
2. Antecedentes de 3 o más abortos espontaneos consecutivos.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
3. Peso al nacer del último bebé < 2500 g.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
4. Peso al nacer del ultimo bebé > 4500 g.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
5. ¿Tuvo una internación por hipertensión o preeclampsia/eclampsia en el ultimo embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
6. Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea clásica, cerclaje cervical).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
EMBARAZO ACTUAL								
	No	Si						
7. Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
8. Menos de 16 años de edad.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
9. Más de 40 años de edad.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
10. Isoimmunization Rh (-) en el embarazo actual o en embarazos anteriores.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
11. Hemorragia vaginal.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
12. Masa pélvica.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
13. Presión arterial diastólica de 90 mm Hg o más durante el registro de datos.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
HISTORIA CLINICA GENERAL								
	No	Si						
14. Diabetes mellitus insulino dependiente.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
15. Nefropatía.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
16. Cardiopatía.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
17. Consumo de drogas (incluido el consumo excesivo de alcohol).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
18. Cualquier otra enfermedad o afección médica severa.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
Por favor, especifique _____								

Una respuesta SI en cualquiera de las preguntas anteriores (es decir, una cruz en cualquier casillero sombreado) significa que la mujer no es elegible para el componente básico del nuevo modelo de control prenatal.								
¿Es elegible?	(marque con un círculo)	NO SI						
Si la respuesta es NO, sera derivada a _____								
Fecha _____	Nombre _____	Firma _____						
(personal responsable de CPN)								

Fuente: Organización Mundial de la Salud 2003. Nuevo modelo de control prenatal

ANEXO 3 Lista de verificación del componente básico del nuevo modelo de control prenatal de la OMS

Nota: MARQUE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DONDE CORRESPONDA (CASILLEROS SIN SOMBREADO) (Utilice la edad gestacional más cercana al momento de la visita).

Nombre de la paciente _____ Dirección y teléfono _____

Nº de historia clínica _____

PRIMERA VISITA para todas las mujeres que consultan por primera vez al obstetra independientemente de la edad gestacional. Si la primera visita tiene lugar después de la fecha recomendada, realice todas las actividades necesarias hasta ese momento. FECHA: / /	Visitas			
	1º <12 semanas	2º	3º	4º
Formulario de clasificación que indica elegibilidad para el componente básico del programa				
Examen médico				
Anemia clínicamente severa. Prueba de hemoglobina				
Examen obstétrico: estimación de edad gestacional, altura uterina				
Examen ginecológico (puede posponerse hasta la segunda visita)				
Medición de presión arterial				
Peso/altura de la madre				
Realización inmediata del análisis de sífilis, detección de ITS sintomáticas				
Realización de la prueba de orina (con múltiples tiras reactivas)				
Solicitud de grupo sanguíneo y factor Rh				
Administración de vacuna antitetánica				
Aporte complementario de ácido fólico y hierro				
Recomendaciones para situaciones de emergencia/línea directa para emergencias				
Ficha prenatal completa				
SEGUNDA VISITA y VISITAS POSTERIORES				
	<i>Edad gestacional – Nº approx. de semanas</i>			
	FECHA: / / 26 32 38			
Examen médico para detección de anemia				
Examen obst.: estim. de edad gestacional, altura uterina, latidos cardíacos fetales				
Medición de presión arterial				
Peso materno (sólo para las mujeres con bajo peso en la primera visita)				
Prueba de orina para detección de proteínas (sólo nulíparas/mujeres con antecedentes de preeclampsia)				
Aporte complementario de ácido fólico y hierro				
Recomendaciones para situaciones de emergencia				
Ficha prenatal completa				
TERCERA VISITA: agregar a la segunda visita FECHA: / /				
Solicitud de prueba de hemoglobina				
Administración de vacuna antitetánica (segunda dosis)				
Instrucciones para el parto/planificación del nacimiento				
Recomendaciones para la lactancia/anticoncepción				
CUARTA VISITA: agregar a la segunda y tercera visitas FECHA: / /				
Detección de presentación podálica y derivación para versión cefálica externa				
Ficha prenatal completa (recomendar que la lleve al hospital)				

Personal responsable del control prenatal: Nombre _____
Firma _____

Fuente: Organización Mundial de la Salud 2003. Nuevo modelo de control prenatal