



UNIVERSIDAD DE CUENCA

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**FACTORES ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DE CONTROL  
PRENATAL EN MUJERES GESTANTES DEL CENTRO DE  
SALUD EL TAMBO-CAÑAR, JUNIO 2019 – AGOSTO 2020**

**Proyecto de investigación previo a la obtención  
del título de Licenciado en Enfermería**

**Autoras**

Jessica Maribel Tapia Aroca.  
Correo electrónico: jessybell1994@gmail.com

C.I.: 0105921563

Yomary Lizbeth Vivanco Armijos.  
Correo electrónico: liznenita04@gmail.com

C.I.: 0106067531

**Directora**

Lic. Diana Esther Sánchez Campoverde. Mgt.

C.I.: 010606179-9

**CUENCA – ECUADOR**

**05 de Julio de 2021**



## RESUMEN

**Antecedentes:** la mortalidad materna representa un problema de salud pública a nivel mundial, el índice de relación es de aproximadamente 200 en 100.000 nacidos vivos, pues en gran mayoría las morbilidades del embarazo son prevenibles con un adecuado control prenatal, que sea precoz y periódico, esto aumenta significativamente la prevalencia de un embarazo satisfactorio y con una experiencia positiva para la madre que logrará que regrese a los servicios de salud en próximos embarazos.

**Objetivo:** determinar los factores asociados al cumplimiento del control prenatal en mujeres gestantes del Centro de salud el Tambo-Cañar, junio 2019 – agosto 2020.

**Metodología:** el estudio realizado fue de enfoque cuantitativo de tipo analítico de corte transversal. La población estuvo conformada por las 151 historias clínicas de las gestantes atendidas, en el Centro de Salud el Tambo, Cañar, durante el periodo junio 2019 - agosto 2020, el instrumento que se utilizó fue un cuestionario realizado por los investigadores.

**Resultados:** se determinó como factores asociados al cumplimiento del control prenatal que las características sociodemográficas como la edad se determinó que las gestantes de mayor frecuencia oscilan en edades de 25 a 29 años con el 33.11 % (n=51). Con respecto a la escolaridad de las mujeres formularios el 57.61% (n=87) fueron mujeres de instrucción bachillerato (secundaria completa) con respecto al estado laboral el 59.60 % (n=90) corresponde a mujeres con estado laboral Ama de casa, la edad a la primera gesta representó el 60.92 % (n=92) mujeres de 15 a 19 años, mujeres con 1 – 2 hijos el 36.42 % (n=53) asisten con mayor frecuencia, las mujeres sin antecedente de planificación familiar es de 67.54 % (n=102), la asistencia al primer control fue antes de las 12 semanas con el 30.46 % (n=46), el riesgo obstétrico mayor encontrado fue el 49.66 % (n=75) que corresponde a las mujeres con embarazo de alto riesgo. En cuanto a los factores de la atención prenatal el número de controles, educación y consejería materna se determinó una estrecha relación de los mismos siendo de 4 veces en el embarazo con el 37.08 (n=56).

**Palabras claves:** Factores asociados. Control prenatal. Gestantes.



## RESUME

**Background:** Maternal mortality represents a public health problem worldwide, the ratio index is approximately 200 in 100,000 live births, since in a large majority the morbidities of pregnancy are preventable with adequate prenatal control, which is early and periodic, this increases significantly the prevalence of a satisfactory pregnancy and a positive experience for the mother that would make her return to health services in future pregnancies.

**Objective:** to determine the factors associated with compliance with prenatal control in pregnant women at the El Tambo-Cañar Health Center, June 2019 - August 2020.

**Methodology:** the study carried out was of a quantitative, cross-sectional analytical approach. The population was made up of the medical records of the pregnant women treated, at the El Tambo Health Center, Cañar, during the period June 2019 - August 2020, the instrument used was a questionnaire carried out by the researchers.

**Results:** it was determined as factors associated with the fulfillment of the prenatal control that the sociodemographic characteristics such as age, it was determined that the most frequent pregnant women ranged in ages from 25 to 29 years with 33.11% (n = 51). Regarding the schooling of the women surveyed, 57.61% (n = 87) were women with high school education (complete secondary school), with respect to employment status, 59.60% (n = 90) correspond to women with a work status Housewife, the age at first pregnancy represented 60.92% (n = 92) women aged 15 to 19 years, women with 1 - 2 children 36.42% (n = 53) attended more frequently, women without a family planning history is 67.54 % (n = 102), attendance at the first control was before 12 weeks with 30.46% (n = 46), the highest obstetric risk found was 49.66% (n = 75) which corresponds to women with pregnancy of high risk. Regarding the factors of prenatal care, the number of controls, education and maternal counseling was determined a close relationship between them, being 4 times in pregnancy with 37.08 (n = 56).

**Keywords:** Associated factors. Prenatal control. Pregnant women.



## CONTENIDO

<b>RESUMEN</b>	<b>2</b>
<b>RESUME</b>	<b>3</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	<b>13</b>
1.1 INTRODUCCIÓN	13
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.3 JUSTIFICACIÓN	15
<b>CAPÍTULO II</b>	<b>16</b>
2.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	16
<b>CAPÍTULO III</b>	<b>23</b>
3.1 OBJETIVO GENERAL	23
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	23
<b>CAPÍTULO IV</b>	<b>23</b>
4.1 TIPO DE ESTUDIO	24
4.2 ÁREA DE ESTUDIO	24
4.3 UNIVERSO/ MUESTRA	24
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	25
4.5 VARIABLES DEL ESTUDIO	25
4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.	25
4.7 TABULACIÓN Y ANÁLISIS	26
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	26
<b>CAPÍTULO V</b>	<b>28</b>
RESULTADOS / TABLAS	28
<b>CAPÍTULO VI</b>	<b>36</b>
DISCUSIÓN	36
<b>CAPÍTULO VII</b>	<b>39</b>
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES	40
<b>CAPÍTULO VIII</b>	<b>42</b>
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
<b>CAPÍTULO IX</b>	<b>46</b>
ANEXOS	46
OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO	46
FORMULARIO	



## LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Jessica Maribel Tapia Aroca en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“FACTORES ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DE CONTROL PRENATAL EN MUJERES GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD EL TAMBO-CAÑAR, JUNIO 2019 – AGOSTO 2020 ”** de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGANICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 05 de julio del 2021

Jessica Maribel Tapia Aroca  
C.I.: 0105921563



### CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo Jessica Maribel Tapia Aroca, autora del proyecto de investigación **“FACTORES ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DE CONTROL PRENATAL EN MUJERES GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD EL TAMBO-CAÑAR, JUNIO 2019 – AGOSTO 2020”** certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 05 de julio del 2021

Jessica Maribel Tapia Aroca  
C.I.: 0105921563



## LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Yomary Lizbeth Vivanco Armijos en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“FACTORES ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DE CONTROL PRENATAL EN MUJERES GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD EL TAMBO-CAÑAR, JUNIO 2019 – AGOSTO 2020 ”** de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 05 de julio del 2021

Yomary Lizbeth Vivanco Armijos  
C.I.: 0106067531



### CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Yomary Lizbeth Vivanco Armijos, autor del proyecto de investigación “**FACTORES ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DE CONTROL PRENATAL EN MUJERES GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD EL TAMBO-CAÑAR, JUNIO 2019 – AGOSTO 2020**” certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 05 de julio del 2021

Yomary Lizbeth Vivanco Armijos  
C.I.: 0106067531



## DEDICATORIA

Dentro de mi carrera han existido obstáculos, tropiezos y grandes adversidades de superar. Y gracias a dios por permitirme llegar a cumplir mis logros y mis metas. Por lo los triunfos y momentos difíciles que me enseñado a valorar cada día todo lo que tengo. Dedicó con todo mi corazón mi tesis a mi hija Tiffany Campoverde, a mi madre Lida Aroca que me han brindado siempre su apoyo.

Y no, por último, pero importa gracias David Campoverde por el apoyo incondicional durante mis primeros años de carrera y no obstante estemos juntos, pero fuiste un pilar fundamental.

Gracias familia, gracias a todos por apoyarme siempre y que lograron que este sueño se haga realidad.

**¡Con amor!**



## DEDICATORIA

Para este logro alcanzado dedico este trabajo a mi mamá Blanca Victoria Armijos, mi hermana Marjorie Vanessa Vivanco y a mi pequeña hija Victoria Isabella Mogrovejo que me brindaron todo su apoyo incondicional, su amor, su fortaleza y que gracias a ese apoyo he podido superarme con tantos obstáculos, llantos, alegrías y retos logré cumplir con mi meta de llegar a ser una profesional del área de la salud.

Gracias a ellas me encuentro pasando por esta etapa de mi vida les amo mucho.

**¡Con amor!**



## **AGRADECIMIENTO**

Gracias a Dios por darme la vida y guiar mis pasos día a día. Agradezco a mi hija, mi mamá y al padre de mi hija por el apoyo incondicional durante mi formación profesional.

A mis maestros por sus enseñanzas para desarrollarme profesionalmente y haberme brindado sus conocimientos.

**¡Con cariño!**



## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a DIOS, primeramente, que me ha brindado salud para poder concluir mis estudios y ser profesional de salud; agradezco a mi mamá, hermana y mi hija por el apoyo brindado durante mi formación como profesional.

A mis profesores que día a día me brindaron sus conocimientos, a mi docente guía de este trabajo Lcda. Diana Sánchez.

**¡Con cariño!**



## CAPÍTULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

El control prenatal o la atención prenatal (CP) se define como el conjunto de acciones y procedimientos de salud previos al parto, destinados a la prevención, diagnóstico, y tratamiento de los factores de riesgo obstétrico, con la finalidad de mantener la ocurrencia de un parto seguro y sin complicaciones en el embarazo. (1, 2,3)

Durante la atención prenatal el personal de salud brinda atención, educación e información adecuada, dentro de la promoción esta se encamina hacia un estilo de vida sano, una buena nutrición, detección y prevención de enfermedades, el asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo de una manera integral. (4,5)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda mejorar la calidad de los controles, con el objetivo de reducir las complicaciones y muertes maternas, además de brindar una experiencia positiva durante la gestación, pues existe un mejor resultado perinatal cuando incrementa el número de controles. (6,7)

La frecuencia de atenciones prenatales se encuentra influenciada por aspectos económicos, demográficos, sociales y maternos como: la disminución del costo con respecto al área privada, las incomodidades derivadas de la atención (tiempo de espera, agentamiento de turnos), infraestructura de las instalaciones, además del buen trato, respeto, empatía, también la cultura influye y se enmarca en las áreas rurales enraizadas en tradiciones y costumbres. (5) (8)

A pesar de las recomendaciones de la OMS y las medidas que los países han adoptado e introducido en sus modelos de atención prenatal, la concurrencia por parte gestantes no se puede considerar adecuada.(9) Pues se encuentra ligada con: edad, captación temprana, adquisición de los medicamentos, la entrega de los resultados de los exámenes, y la información otorgada sobre los signos de alarma, y nutrición de la gestante, mejorando el nivel de satisfacción de la gestante hacia el nivel de salud, asegurando la asistencia mensual a las atenciones prenatales además de mejorar la relación médico - paciente. (10) (8)



## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los controles prenatales son una serie de actividades para evaluar el riesgo obstétrico a medida que el embarazo avanza con el fin de intervenir de forma temprana y eficaz.

(11) La mortalidad materna es un problema de salud pública a nivel mundial, más visible en países de medianos y bajos ingresos donde persisten las muertes por complicaciones gestacionales.(12)

Entre 1990 a 2015, se estima que ocurrió 10,7 millones de muertes maternas, con una reducción de la razón de 385 a 216 muertes por 100 000 nacidos vivos. La principal causa la ausencia a los controles, ocasionado por la falta de interés además de factores, como: edad, calidad de los servicios de salud, factores socioeconómicos, culturales y demográficos. (12) (13) Actualmente existen 44 millones de mujeres gestantes en países en desarrollo que no mantiene atención prenatal. (14)

Los controles prenatales evalúan el riesgo obstétrico a medida que el embarazo avanza con el fin de intervenir de forma temprana y eficaz complicaciones. Las 303 000 muertes maternas a nivel mundial representan un riesgo global de muerte de una por cada 180 gestantes. (9) Además la atención de calidad durante el embarazo previene de manera significativa las complicaciones; sin embargo, a nivel mundial solo el 64% de mujeres reciben cuatro o más controles en todo su embarazo. (12) (7)

El escaso cuidado en esta etapa aumenta las tasas de mortalidad materna, como consecuencia de condiciones económicas deficientes, escasas oportunidades de estudio y limitación de acceso a los servicios, además de la dificultad para llegar a los servicios de salud en áreas remotas. (9)

La efectividad de los controles disminuye cuando las gestantes acuden por primera vez después de las 12 semanas o no asisten de manera subsecuente. (15) Por esto la ONU, mediante los Objetivos del Desarrollo Sostenible, proponen reducir para el 2030, la tasa de mortalidad materna a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos, en los países de bajos y medianos ingresos, donde acontecen el 99% de estas muertes. (1) (12) Por todo lo mencionado nos planteamos la siguiente pregunta:

### **Pregunta de investigación**

¿Cuáles son los factores asociados al cumplimiento de control prenatal en mujeres gestantes del centro de salud el Tambo-Cañar, junio 2019 – agosto 2020?



### 1.3 JUSTIFICACIÓN

El aumento en la concurrencia de los controles prenatales y la precocidad de atención materna, estaría dirigido directamente en una disminución de estancia hospitalaria y mortalidad materna y neonatal, siendo considerada como uno de los pilares básicos de la atención primaria por lo que representa dentro del campo de la salud. (16) (17) El deficiente cuidado prenatal es el causante de 600 000 muertes maternas cada año, la educación sobre maternidad segura, aumenta la probabilidad de que las gestantes acudan a recibir atención prenatal y utilicen los servicios de salud. (13) (18)

Debido a esto se ha establecido la necesidad de fortalecer y dar cumplimiento estricto a las políticas internacionales, nacionales e institucionales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, incorporando indicadores de calidad de la prestación de los servicios. (11)

El personal de salud debe estar preparado para valorar a la gestante desde una perspectiva holística con soporte humano y sustento teórico, por lo que el rol de enfermería se considera uno de los principales aspectos dentro de la educación prenatal, para el desarrollo de las actividades, programas e intervenciones durante el control prenatal. (9,19)

Además, cabe mencionar que el control maternal experimentado durante el trabajo de parto y el parto es un factor de predicción importante de la satisfacción del parto y el puerperio inmediato y mediato. (20) (21) La relación entre el mayor número de controles y el menos número de complicaciones se debe a la existencia de más oportunidades para detectar los posibles problemas. La rapidez con la que la mujer asista al primer control prenatal, recomendado antes de las 10 semanas influye en el goce de esta etapa de la mujer. (22)

En el área materno-infantil enfermería tiene como labor el brindar cuidados durante y después del embarazo, tanto para la madre como para el niño con el objetivo de prevenir complicaciones o enfermedades que puedan interferir en el funcionamiento normal del ciclo reproductivo, el embarazo y el nacimiento, pues aparte del cuidado brinda la educación necesaria para puerperio y cuidado del niño adecuado. (16)



## CAPÍTULO II

### 2.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

#### EL CONTROL PRENATAL

La gestación es un periodo de reajuste de la mujer, a nivel biológico, social y espiritual la presencia de sentimientos positivos y negativos que van a definir el comportamiento estacional de la mujer dando como consecuencia la limitación de acciones. (23) Por lo que consideramos importante determinar qué factores se interponen a un correcto desarrollo de las consultas prenatales para un futuro poder determinar acciones que disminuyan estos factores. (24)

El control prenatal se presenta como una estrategia con el objetivo de controlar la evolución del embarazo además de obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido, de esta manera consiguiendo disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.(11) Primero resulta necesario definir el proceso de la gestación el cual conlleva una serie de modificaciones a nivel físico, biológico, social y psicológico. (25) Comprendido como el período desde la fecundación hasta el parto, y dura, en términos generales, 280 días o nueve meses solares de 30 días. (26)

Dentro del campo de la salud la mortalidad materna continúa siendo uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, la atención prenatal o controles prenatales que las gestantes realizan en el primer nivel de atención se evidencian como una intervención clave para la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal además permite identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo. (6,7)

En la actualidad la tasa de control prenatal inadecuado sigue siendo elevada además no se puede considerar un control efectivo cuando la gran mayoría de gestantes acude por primera vez a un control prenatal pasado el primer trimestre de gestación y más aún cuando no se sigue un orden.(1) (27) La OMS otorga flexibilidad para que se utilice diferentes opciones de atención prenatal basada en las necesidades específicas de cada país y aconseja que un número mayor de contactos entre las mujeres y los profesionales a lo largo del embarazo facilita la adopción de medidas preventivas y la detección oportuna de riesgos, reduciendo las complicaciones. (28) (7)

La atención prenatal identifica a las gestantes de mayor riesgo, con el objetivo de intervenir en forma oportuna para prevenir dichos riesgos y así lograr un buen resultado gestacional. Esto se realiza a través de la historia médica y reproductiva de la mujer, el



examen físico, la realización de algunos exámenes de laboratorio y exámenes de ultrasonido. Además, es importante promover estilos de vida saludables, la suplementación de vitaminas y minerales, una consejería nutricional y educación con todo el proceso de la gestación. (29)

Este tipo de control debe ser completo, integral, periódico, realizado en un ambiente tranquilo y acogedor y ejecutado por un equipo de la salud con adecuada capacitación, que mire a la gestante como un ser holístico, además, de contar con el conocimiento teórico y práctico para detectar los factores de riesgo y prevenir e intervenir de forma oportuna si la gestante llegara a presentar alguna complicación que puedan poner en riesgo la vida de la madre y su hijo. (13)

A medida que incrementan la atención de calidad entre las mujeres y los profesionales de salud, a lo largo del embarazo facilitará la incorporación de medidas preventivas y la detección oportuna de riesgos, reduciendo las complicaciones y preparar a la gestante para el parto y la crianza. Sin embargo, en el mundo, cada día mueren 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, de las cuales, el 99% ocurre en países de bajos ingresos, siendo las principales complicaciones los trastornos hipertensivos del embarazo y la hemorragia obstétrica. (10) (29)

Los objetivos del control prenatal son:

1. Evaluar el estado de salud de la madre y el feto
2. Establecer la Edad Gestacional
3. Evaluar posibles riesgos y corregirlos
4. Planificar los controles prenatales
5. Indicar ácido fólico lo antes posible, para la prevención de defectos del tubo neural. (6)

Debido a esto los controles se pueden definir de distintas maneras según la cada materna:

- Precoz o temprano: el control deberá iniciarse lo más temprano posible, tratando de que sea desde el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además, torna factible la identificación precoz de embarazos de alto riesgo.



- Periódico o continuo: la frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que exhibe la embarazada, pero deben realizarse con una frecuencia regular a lo largo del embarazo.
- Completo o integral: los contenidos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
- Extenso o de amplia cobertura: sólo en la medida en que el porcentaje de la población controlado sea alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) se podrán disminuir las tasas de morbilidad materna y perinatal. (30)

También es adecuado recalcar la frecuencia recomendada para un embarazo no complicado que menciona la OMS y que se maneja en la mayoría de países con programas de reducción de muerte maternal y neonatal. Actualmente se considera que las evaluaciones maternas deben incrementar para detectar problemas tempranamente, también se recomienda que el primer sea antes de la semana 12. A pesar de estas recomendaciones, el impacto del control prenatal varía según los grupos de riesgo médico, socioeconómico, demográfico y cultural. (28)

## **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS QUE INFLUYEN EN LA ATENCIÓN PRENATAL**

Es importante resaltar que la edad representa un factor de riesgo si encuentra en los extremos de la edad, ya que el embarazo en adolescentes, así como las mujeres gestantes añosas, predispone el incremento del riesgo de complicaciones maternas y perinatales. (4)

Actuales directrices indican la atención que deben recibir las embarazadas con el sistema de salud, incluido el asesoramiento sobre alimentación sana y nutrición óptima, actividad física, consumo de tabaco y sustancias, prevención del paludismo y de la transmisión del VIH, análisis de sangre y la vacunación contra el tétanos, mediciones fetales, incluido el uso de ecografías, y recomendaciones sobre cómo tratar síntomas fisiológicos frecuentes como las náuseas, el dolor de espalda o el estreñimiento. (10, 14,23)

Actualmente se considera que las evaluaciones maternas deben incrementar de 4 a 8 para detectar problemas tempranamente, y conseguir un resultado final positivo, además de que el primer sea antes de la semana 12. A pesar de estas



recomendaciones, el impacto del control prenatal varía según los grupos de riesgo médico, socioeconómico, demográfico y cultural. (20)

El desarrollo de la consulta médica prenatal varía según el número de semana de gestación y el número de control. En la primera consulta una vez confirmado el embarazo, se debe realizar una historia médica completa, solicitar algunos exámenes de laboratorio e impartir educación acerca de un embarazo saludable. Además, se debe realizar un examen físico completo y determinar la ganancia de peso recomendada. (28)

Las mujeres en época de gestación, deben realizarse un control periódico con el odontólogo, para descartar complicaciones con la dentadura de las madres. Aunque resulta negativo que las gestantes no consideren importante la salud oral durante el embarazo, dan calificación baja a la importancia de acudir al dentista durante el embarazo. (26)

### **FACTORES MATERNOS QUE INCLUYEN EN LA ASISTENCIA DEL CONTROL PRENATAL**

La relación entre el mayor número de controles y el menos número de complicaciones se debe a la existencia de más oportunidades para detectar los posibles problemas. La rapidez con la que la mujer asista al primer control prenatal, recomendado antes de las 10 semanas influye en el goce de esta etapa de la mujer. (3) (23) Las principales causas por las cuales las embarazadas no concurren precozmente al control prenatal son por barreras en el sistema de salud, distancia entre residencia y la casa de salud, falta de turnos antes primer trimestre, a lo que se agregan largas horas de espera para obtenerlo. (22) (9)

La falta de control en los primeros meses de embarazo, una realidad alarmante con causas como la falta de dinero para movilizarse y realizarse los exámenes pertinentes, la ausencia de cobertura médica, desinformación, embarazo no deseado, o simplemente la falsa creencia de que esta etapa puede ser atravesada con el respaldo del entorno familiar y sin la presencia clave del médico. (31)

La salud materno - perinatal guarda una relación estrecha con múltiples factores sociales, culturales, genéticos, religioso, políticos, demográficos, edad, nivel educativo, económicos y ambientales. (14,20, 30) La ausencia de este tipo de controles en la primera etapa del embarazo impide detectar y tratar factores de riesgo como HIV, sífilis, hipertensión, diabetes, anemia y falta de ácido fólico, responsable de graves malformaciones fetales. (22,31)



La salud integral de la madre aun desde la etapa preconcepcional y la utilización oportuna y adecuada de servicios médicos prenatales y neonatales de alta calidad, son los factores de mayor incidencia en las tasas de mortalidad materna y perinatal. (12, 33, 34) Es fundamental para evaluar el estado de salud actual y detectar la existencia de posibles factores de riesgo. Son importantes los antecedentes de riesgo en embarazos previos, como partos prematuros, restricción de crecimiento y enfermedades hipertensivas que tienen alto riesgo de repetirse en embarazos posteriores. (21)

En la primera consulta se debe realizar pruebas rápidas y enviar examen de laboratorio para evitar morbilidades y complicaciones futuras, exámenes como:

- **Grupo Rh y Coombs:** permite determinar pacientes Rh negativo y establecer si están o no sensibilizadas, en las madres Rh positivas permite la identificación de portadoras de otros anticuerpos irregulares.
- **Hemograma:** Permite diagnóstico de anemia y tratamiento. La serie blanca permitiría identificar eventuales infecciones y enfermedades de baja frecuencia, pero muy importantes, como leucemias. El recuento de plaquetas puede detectar trombocitopenia. (34)
- **Glicemia:** En ayunas en el primer control para identificar pacientes con diabetes pre gestacional (tipo I y II).
- **Sedimento orina y urocultivo:** Para identificar pacientes con infección urinaria y bacteriuria asintomática y así disminuir riesgo de pielonefritis.
- **VDRL o RPR:** Permite diagnóstico de embarazadas con sífilis y tratamiento oportuno para prevenir la infección fetal o reducir el daño.
- **VIH:** Para el diagnóstico de madres portadoras de VIH, con el fin de prevenir la transmisión vertical. El examen debe repetirse entre las 32–34 sem en pacientes con conductas sexuales de riesgo.
- **Hepatitis B:** Antígeno de superficie, para detectar pacientes portadoras y prevenir el contagio del recién nacido.
- **La detección de déficit de vitamina D:** se recomienda en pacientes de alto riesgo (poco expuestas a la luz, piel oscura, obesas). (28)

Se recomienda así mismo las pruebas rápidas de control prenatal se deben realizar cada trimestre y la proteinuria cada control después de las 20 semanas. (28) (35) el ultrasonido permite evaluar la anatomía fetal y detectar malformaciones congénitas, también la longitud cervical en forma universal para detección de riesgo de parto prematuro. (28,30) Además se debe hacerse algún test para identificar depresión



durante el embarazo, especialmente en pacientes con antecedentes de patología psiquiátrica. (20) Por otro lado ir al dentista también representa un malestar en la gestante debido a sus creencias culturales, donde mal informadas piensan que estarán en riesgo de malformaciones en el feto, aborto, desmayos. (25) (36) Las embarazadas también deben recibir vacuna toxoide tetánico, diftérico idealmente entre las 27–36 semanas y la vacuna de influenza en épocas de invierno. (37)

La falta de control en los primeros meses de embarazo, una realidad alarmante con causas como la falta de dinero para movilizarse y realizarse los exámenes pertinentes, la ausencia de cobertura médica, desinformación, embarazo no deseado, o simplemente la falsa creencia de que esta etapa puede ser atravesada con el respaldo del entorno familiar y sin la presencia clave del médico. La salud materno - perinatal guarda una relación estrecha con múltiples factores sociales, culturales, genéticos, religioso, políticos, demográficos, edad, nivel educativo, económicos y ambientales. (19, 29,39)

### **FACTORES DE LA ATENCIÓN QUE INFLUYEN EN LOS CONTROLES PRENATALES.**

La atención prenatal es el pilar fundamental en un adecuado seguimiento de la gestante siendo la característica para un adecuado parto y también el posparto, la precocidad de la captación del embarazo seguida por la concurrencia de consulta lleva a un embarazo satisfactorio en la mayoría de los casos, por lo que se aconseja la educación también a sus acompañantes. (6)

La educación con respecto los temas de hábitos saludables incluyen la incorporación de vitaminas o minerales a la dieta materna diaria, con esto se puede contribuir sobremanera a ayudar a que las mujeres y sus niños en desarrollo se mantengan sanos a lo largo del embarazo y después de él. La administración diaria por vía oral a las embarazadas de un suplemento que contenga entre 30 y 60 mg de hierro elemental y 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico para prevenir la anemia materna, la sepsis puerperal, la insuficiencia ponderal al nacer y el parto prematuro. (7,39)

Como personal de enfermería somos responsables de promover la salud de la mujer, el niño y la familia, además de desarrollar y compartir estrategias de valoración y cuidado para esta población durante la gestación, parto y pos parto, se debe fomentar hábitos y estilos de vida saludables explicando la importancia de una nutrición adecuada, el



abandono de adicciones tales como el tabaquismo, el alcoholismo y el consumo de drogas. (28,40)

### **FACTORES DE RIESGO O ALTO RIESGO OBSTÉTRICO.**

El objetivo del control prenatal es identificar y manejar adecuadamente los factores de riesgo obstétrico a tiempo, realizar exámenes básicos de laboratorio y monitorizar parámetros básicos como el fondo de altura uterina, el peso materno, lo cual ayuda en el diagnóstico temprano de patologías clínicamente evidentes, ya que con un manejo de factores de riesgo son beneficiosos para la salud materna y perinatal y el aporte de micronutrientes (hierro, ácido fólico y calcio), especialmente en pacientes deficientes o clasificadas como de alto riesgo obstétrico. (33)

Los factores de riesgo o el nivel de riesgo obstétrico que enlace a la gestante afectan o influyen dentro de la asistencia de los controles prenatales pues una mujer con riesgo alto, sumado morbilidades como: diabetes, hipertensión arterial, antecedentes de pre-eclampsia, infecciones de vías urinarias repetitivas, necesita un mayor y riguroso número de controles prenatales.(33)



## **CAPÍTULO III**

### **OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar los factores asociados al cumplimiento del control prenatal en mujeres gestantes del Centro de salud el Tambo - Cañar, junio 2019 – agosto 2020.

#### **1.2 OBJETIVO ESPECÍFICO**

1. Determinar factores preconceptionales de las mujeres que influyen en el cumplimiento del control prenatal como: edad, instrucción, estado civil, estado laboral, lugar de residencia.
2. Determinar factores maternos que influyen en el cumplimiento de los controles prenatales como: edad materna, número de hijo, número de partos, semana de gestación al primer control, planificación familiar previa, fracaso de método anticonceptivo, riesgo obstétrico.
3. Determinar factores de la atención prenatal que influyen en el cumplimiento de los controles prenatales: número de controles prenatales, número de sesiones de educación y consejería prenatal.

### **HIPÓTESIS**

Los factores asociados influyeron al cumplimiento de control prenatal en mujeres gestantes del centro de salud el Tambo-Cañar, junio 2019 – agosto 2020

## CAPÍTULO IV

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 4.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es analítico de corte transversal.

#### 4.2 ÁREA DE ESTUDIO

Centro de Salud “El Tambo” de la provincia de Cañar, cantón Tambo ubicado en las calles Juan Jaramillo y panamericana, pertenecientes al distrito 03D02 de la Zonal 6.

#### 4.3 UNIVERSO/ MUESTRA

##### Universo

Historias clínicas de las mujeres en época de gestación que son 255 mujeres que asistieron al centro de Salud el Tambo, desde julio 2019 hasta agosto 2020.

##### Muestra

La muestra fue calculada con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pq \cdot N}{E^2 (N - 1) + z^2 \cdot pq}$$

$$n = \frac{(1.96)^2(0.6)(0.4) \cdot 255}{(0.05)^2 (255 - 1) + (1.96)^2(0.6)(0.4)}$$

$$n = \frac{235.10}{0.635 + 0.921984}$$

$$n = 150.99$$

La muestra estuvo conformada por 151 historias clínicas de mujeres gestantes del Centro de salud el Tambo-Cañar, junio 2019 – agosto 2020.

#### 4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

##### Inclusión

- Historias clínicas de las gestantes que asistieron al centro de salud el tambo en las fechas establecidas en el estudio.
- Historias clínicas que cumplan con los requisitos o los datos del formulario.

##### Exclusión

- Historias clínicas de las gestantes con datos faltantes del formulario.
- Historias clínicas que no ingrese en la fecha de julio 2019 a julio 2020.

#### 4.5 VARIABLES DEL ESTUDIO

- **Factores preconcepcionales:** edad, instrucción, estado civil, estado laboral, lugar de residencia.
- **Factores maternos:** edad materna, número de hijo, número de partos, semana de gestación al primer control, planificación familiar previa, fracaso de método anticonceptivo, riesgo obstétrico.
- **Factores de la atención prenatal:** número de controles prenatales, numero de sesiones de educación y consejería prenatal.

#### 4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

##### Métodos

Enfoque cuantitativo.

##### Técnicas

La técnica utilizada fue la revisión de historias clínicas, en la cual se examinó el formulario 051 – Clamp Obstétrico y se procedió a recolectar la información solicitada para el estudio.

##### Instrumento



El instrumento utilizado fue un formulario realizado por los autores en el cual se obtuvo datos de la historia clínica de cada gestante exactamente de Clamp obstétrico. (Ver anexo 2). Para la realización del mismo nos basamos en los parámetros que se emplean dentro del Clamp obstétrico – formulario 051.

### **Recolección de datos**

Para la recolección de datos se procedió a solicitar la aprobación a las autoridades del distrito 03D02 de la Zona 6, por medio de oficios, siguiente a este se notificó en el centro de salud el Tambo.

Se realizó la revisión de las fichas de las gestantes que tuvieron controles desde julio de 2019 hasta agosto 2020, siguiente a esto se procedido a responder los ítems propuestos en el formulario realizado por los investigadores, al momento de completar se verifico que todas las historias clínicas se mantenían dentro de los criterios de inclusión para el estudio.

Además, es importante mencionar que no se realizó la prueba piloto del estudio, debido a que los formularios no iban a ser respondidos por las gestantes. La investigación permitió recolectar información del Clamp obstétrico – formulario 051 de su última gestación.

### **4.7 TABULACIÓN Y ANÁLISIS**

La tabulación de los datos se llevó a cabo mediante el programa SPSS versión 22 el cual sirvió para introducir la información recolectada por historia clínica de cada gestante, siguiente a esto se verifico la información dentro de la base de datos digital.

El análisis consistió en una comparación invariada de variables, presentando al final frecuencias y porcentajes.

El análisis inferencial se hizo con la prueba Chi cuadrado se consideraron resultados estadísticamente significativos a los valores de  $p < 0.05$ , se relacionó cada variable con el objetivo de determinar si alguna variable tiene relación con la asistencia a los controles prenatales.

### **4.8 ASPECTOS ÉTICOS**



Para la integración al estudio las autoridades fueron informadas mediante el oficio presentado en el del distrito 03D02 de la Zonal 6 acerca del procedimiento que se llevó a cabo.

La confidencialidad de los datos obtenidos en cada historia clínica se manejó de una manera ética, manteniendo resguardo de los mismos. En ningún momento se utilizaron los datos obtenidos para otros fines que no sean investigativos, además se mantuvo la confidencialidad de las historias clínicas y no se ha procedido a publicar nombres de las gestantes de las fichas seleccionadas.

### RECURSOS HUMANOS

Investigadores – responsables	<ul style="list-style-type: none"><li>• Jessica Maribel Tapia Aroca</li><li>• Yomary Lizbeth Vivanco Armijos</li></ul>
Asesora	Mgst. Diana Esther Sánchez Campoverde

### RECURSOS MATERIALES

MATERIALES	NÚMERO	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
COMPUTADORA	1	500,00	500,00
IMPRESIONES	700	0,15	105,00
ALIMENTACIÓN			80,00
TRANSPORTE			75,00
ESFEROS	10	0,50	5,00
INTERNET			150,00
TELÉFONO	1	150	150,00
		<b>TOTAL</b>	1065,00

### CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	1ER MES	2DO MES	3ER MES
ELABORACIÓN Y REVISIÓN DEL PROTOCOLO	X		
APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO	X		
RECOLECCIÓN DE DATOS		X	
TRANSCRIPCIÓN DE DATOS		X	
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS DE DATOS			X
ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL			X

## CAPÍTULO V

## RESULTADOS / TABLAS

**Tabla 1:** Distribución de las 151 madres - gestantes estudiadas según, factores socio demográficos preconceptionales. El Tambo, 2021.

<b>EDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
15 – 19	45	29.80
20 – 24	30	19.86
25 – 29	50	33.11
30 – 34	16	10.59
>35	10	6.62
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100%</b>
<b>INSTRUCCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
NINGUNA	-	0
PRIMARIA	6	3.97
SECUNDARIA	44	29.13
BACHILLERATO	87	57.61
SUPERIOR (TERCER NIVEL)	14	9.27
CUARTO NIVEL	-	0
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100%</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
SOLTERO	23	15.23
UNIÓN LIBRE	59	39.07
CASADO	69	45.69
DIVORCIADO	-	0
VIUDO	-	0
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100%</b>
<b>ESTADO LABORAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
EN ACTIVIDAD LABORAL	36	23.84
DESEMPLEADO	25	16.55
AMA DE CASA	90	59.60
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100%</b>
<b>RESIDENCIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
RURAL	70	46.35



URBANA	81	53.64
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100%</b>

**Realizado por:** investigadoras

**Fuente:** Formulario (Clamp Obstétrico)

Según la distribución de las 151 madres - gestantes estudiadas según, factores socio demográficos preconcepcionales, se determinó que de las historias clínicas revisadas, la edad promedio oscilaba entre los 20 – 24 años con porcentaje de 33.11% (n=50), en relación al nivel de la escolaridad predominante es con secundaria completa o bachillerato con un porcentaje de 57.61% (n=87), con respecto al estado civil de las gestantes se determinó que la mayor frecuencia fue el estado civil casada con un porcentaje de 45.69% (n=69), en cuanto a los datos obtenidos a su ocupación la que se encuentra en mayor frecuencia es ama de casa con el 59.60% (n=90), con respecto a la residencia tenemos que las fichas de las gestantes que se recolectó la información residen en la zona urbana del sector el Tambo con el 53.64% (n=81).

**Tabla 2:** Distribución de las 151 madres - gestantes estudiadas según, factores maternos. El Tambo, 2021.

<b>EDAD AL PRIMER EMBARAZO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
15 – 19	92	60.92
20 – 24	45	29.80
25 – 29	7	4.63
30 – 34	5	3.31
35 o >35	2	1.32
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100,00</b>
<b>EDAD EMBARAZO ACTUAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
15 – 19	45	29.80
20 – 24	30	19.86
25 – 29	50	33.11
30 – 34	16	10.59
> 35	10	6.62
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100,00</b>
<b>NÚMERO DE HIJOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
0	17	11.25
1-2	53	35.09
3-4	30	19.86
5-6	25	16.55
7	16	10.59
>8	10	6.62
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100,00</b>
<b>NÚMERO DE PARTOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
0	17	11.25
1-2	45	29.80
3-4	36	23.84
5-6	30	19.86
6 -7	16	10.59
> 8	7	4.63
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100,00</b>
<b>PLANIFICACIÓN FAMILIAR PREVIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
SI	49	32.45
NO	102	67.54
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100,00</b>
<b>FRACASO DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
SI	74	49.00
NO	77	50.99
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100,00</b>
<b>EDAD GESTACIONAL AL PRIMER CONTROL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
< 12 semanas	46	30.46
12 a 15 semanas	37	24.50
16 a 20 semanas	23	15.23
21 a 24 semanas	25	16.55



25 a 28> semanas	20	13.24
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100,00</b>
<b>RIESGO OBSTÉTRICO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
ALTO	75	49.66
MEDIO	51	33.77
BAJO	25	16.55
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100,00</b>

**Realizado por:** investigadoras

**Fuente:** Formulario (Clamp Obstétrico)

*Mediante la distribución de las 151 madres - gestantes estudiadas según, factores maternos, se determinó que la edad a la primera gesta se manifestó con el 60.92 % (n=92) en mujeres de 15 a 19 años, con respecto al número de hijos de las fichas revisadas predominó las mujeres con 1 – 2 hijos, con un porcentaje del 36.42 % (n=53) , en cuanto al fracaso del método anticonceptivo se encontró que el mayor porcentaje fue de las que no había fracasado el método con el porcentaje del 50.99 % (n=77), por otro lado en cuanto a la planificación familiar previa predominó las mujeres sin antecedente de planificación familiar con un porcentaje de 67.54 % (n=102), con respecto a la asistencia al primer control de las gestantes, de las historias clínicas revisadas predominó la captación antes de las 12 semanas con un porcentaje de 30.46% (n=46), dentro del riesgo obstétrico de las historias clínicas revisadas se encontró que la de mayor frecuencia corresponde a las mujeres gestantes con riesgo obstétrico alto con un porcentaje del 49.66 % (n=75).*

**Tabla 3:** Distribución de las 151 madres - gestantes estudiadas según las características de la atención prenatal. Tambo, 2021.

NÚMERO DE ATENCIONES PRENATALES	FRECUENCIA	%
1	14	9.27
2	16	10.59
3	24	15.89
4	56	37.08
5	14	9.27
6	17	11.25
>7	10	6.69
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100,00</b>
NÚMERO DE SESIONES DE EDUCACIÓN Y CONSEJERÍA PRENATAL	FRECUENCIA	%
1	14	9.27
2	16	10.59
3	24	15.89
4	56	37.08
5	14	9.27
6	17	11.25
>7	10	6.69
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100,00</b>

**Realizado por:** investigadoras

**Fuente:** Formulario (Clamp Obstétrico)

Según la distribución de las 151 madres - gestantes estudiadas según las características de la atención prenatal en la investigación determinó que de las 151 de las historias clínicas estudiadas, con respecto al número de controles se encontró que el número más frecuente es de 4 veces en el embarazo con un porcentaje del 37.08% (n=56), en cuanto número de sesiones de educación y consejería prenatal, se evidenció que el número más frecuente fue de 4 veces en el embarazo con el 37.08% (n=56). Es importante recalcar que la educación prenatal se debe manejar y otorgar con responsabilidad y conocimiento.

**Tabla 4:** Factores asociados de las 151 madres - gestantes estudiadas según, factores sociodemográficos. El Tambo, 2021.

		FACTORES ASOCIADOS			
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMGRÁFICAS	EDAD	N°	%	Valor P	CHI <sup>2</sup>
	15 – 19 años	45	29.80	0.145	13.401
	20 – 24 años	50	33.11		
	INSTRUCCIÓN				
	Secundaria incompleta	44	29.13	0.068	15.957
	Bachillerato	87	57.61		
	ESTADO CIVIL				
	Unión libre	59	39.07	0.262	3.990
	Casado	69	45.49		
	ESTADO LABORAL				
	Ama de casa	90	59.60	0,872	0,274
	RESIDENCIA				
	Rural	70	46.35	1.087	0.780
	Urbana	81	53.64		

Realizado por: investigadoras

Fuente: Base Digital

La investigación realizada con respecto a los factores asociados de las características sociodemográficas de las 151 historias clínicas de las gestantes, determinó que las edad de las gestantes oscila entre los 20 a 24 años con una mayor frecuencia de 50 gestante con el 33.11% y *un valor P de 0.145*, en cuanto a la instrucción de mayor porcentaje fue el bachillerato con el 57.6% y *un valor P de 0.068*, el estado civil de mayor porcentaje fue gestantes casadas con el 45.49% y *un valor P de 0.262*, en cuanto al estado laboral en su mayoría son ama de casa con el 59.60% y *con un valor P de 0,872*, con respecto a la ubicación del domicilio el de mayor porcentaje fue las historias clínicas de gestantes que residen en el sector urbano del Tambo, con el 53.64% y *un valor P de 1.087*. Con la información rescatada de la investigación, se puede determinar que dentro de las variables sociodemográficas preconceptionales estudiadas, no se encontró valores significativos para determinar un factor asociado para el cumplimiento de los controles prenatales de las gestantes que asisten al centro de salud el Tambo.

**Tabla 5:** Factores asociados de las 151 madres - gestantes estudiadas según, factores maternos El Tambo, 2021.

		FACTORES ASOCIADOS			
CARACTERÍSTICAS MATERNAS	EDAD MATERNA (PRIMERA GESTA)	N°	%	VALOR P	CHI <sup>2</sup>
	15-19 años	92	60.92	0.262	3.990
	HIJOS VIVOS				
	1-2 hijos	53	35.09	0.364	2.196
	PARTOS				
	1-2 partos	45	49.80	0.812	1.222
	PLANIFICACIÓN FAMILIAR PREVIA				
	Si	49	32.45	0.712	1.372
	No	102	67.54		
	FRACASO DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO				
	Si	74	49.00	0.736	0.612
	No	77	50.99		
	EDAD GESTACIONAL AL PRIMER CONTROL				
	< 12 semanas	46	30.46	0.612	1.112
	RIESGO OBSTÉTRICO				
Bajo	25	16.55	0.825	0.258	
Medio	51	33.77			
Alto	75	49.66			

**Realizado por:** investigadoras

**Fuente:** Base Digital

Los factores asociados al cumplimiento de los controles prenatales con respecto a las características maternas se identificó que la edad de la primera gesta oscila entre los 15 a 19 años con el 60.92 % con un *valor p* de 0.262, el número de hijos vivos el 35.09 % tenían de 1 – 2 hijos vivos su *valor p* fue de 0.364, en cuanto al número de partos de 1 – 2 mantuvo mayor frecuencia con el 49.80 % y un *valor P* de 0.812, las historias clínicas nos indicaron el era mayor el porcentaje de historias de las gestantes no tenía planificación familiar previa con el 67.54 % y un *valor p* de 0.712, el fracaso del método anticonceptivo no demostró diferencias significativas entre sus alternativas, su *valor p* de 0.736, la edad gestacional al primer control fue en mayor porcentaje la captación antes de las 12 semanas con el 30.46% y un *valor P* de 0.612, con respecto al riesgo obstétrico en la mayoría las historias clínicas de las gestantes fue el riesgo alto con el 49.66 % y su *valor P* de 0.825. Debido a los valores encontrados se puede determinar que, dentro de los factores maternos, no se encontró valores significativos en las variables relacionadas, para determinar un factor asociado para el cumplimiento de los controles prenatales de las gestantes.

**Tabla 6:** Factores asociados de las 151 madres - gestantes estudiadas según, factores de la atención prenatal. El Tambo, 2021.

ATENCIÓN PRENATAL	FACTORES ASOCIADOS				
	NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES	N°	%	Valor P	CHI2
	3	24	15.89	0.632	1.785
	4	56	37.08		
	<b>NÚMERO DE SESIONES DE EDUCACIÓN Y CONSEJERÍA PRENATAL.</b>				
	3	24	15.89	0.632	1.785
4	56	37.08			

**Realizado por:** investigadoras

**Fuente:** Base Digital

Los factores asociados a las características de la atención prenatales determinó como número de controles prenatales de mayor frecuencia entre 3-4 veces en el embarazo con un valor P de 0.632 y CHI2 de 1.785, en cuanto al número de sesiones de educación y consejería prenatal fue de 3-4 sesiones con un valor P de 0.632 y CHI2 de 1.785, Mediante el análisis realizado se determinó que dentro de los factores estudiados con respecto a las características de la atención prenatal no se encontró valores significativos para determinar un factor asociado para el cumplimiento de los controles prenatales.



## CAPÍTULO VI

### DISCUSIÓN

El cumplimiento de la asistencia a los controles prenatales es factor importante en la atención comunitaria y hospitalaria, dentro este la edad es una variable considerable pues en el estudio realizado se determinó que las gestantes estudiadas las de mayor frecuencia y cumplimiento oscilan en edades de 25 a 29 años con el 33.11 % (n=51). Datos similares obtenido en el estudio realizado en Colombia en donde la edad promedio fue 22,8 años (rango 14 a 36 años, desviación estándar 4,4), mediana 23 años de mujeres que asistían a los controles prenatales. (8) La misma ocurrencia con el estudio de Rivera Paula en el cual la edad promedio de las gestantes fue 23,3 años, además vale recalcar que el grupo comprendido entre los 20 y 29 años representó un alto porcentaje. (1)

Con respecto a la escolaridad de las historias clínicas revisadas fue del 57.61 % estas mujeres pertenecen a la instrucción bachillerato, lo que es un resultado concordado con el estudio realizado en Lima – Perú donde la escolaridad secundaria resulto con el 50 % de las mujeres estudiadas. (1) Además es importante recalcar que a medida que incrementa la escolaridad, también aumenta el número de controles que la mujer realiza durante su gestación resultados similares del estudio realizado en Colombia donde se obtuvo que la secundaria completa e incompleta se presentó en un 41 % y en un 31.7% respectivamente. (10)

En cuanto a la residencia no se manifestó diferencias significativas entre el área urbano y rural del sector el Tambo. Aunque resulta importante mencionar que en un estudio realizado en la ciudad de Perú denominado Factores de riesgo de la morbilidad materna crítica en embarazadas de Las Tuna, en el cual se determinó que la distancia del domicilio hasta los centros de atención, si representa una limitante para que la gestante acceda a los servicios de Salud. (5)

El cumplimiento del control prenatal es una actividad mensual en el cual las gestantes acuden al establecimiento de salud y se les otorga la información adecuada acerca del avance de su gestación además de aclarar dudas de este proceso de cambios, por lo que la actividad que la gestante mantiene, o si tiene empleo representa una frustrante limitante para tomar los controles prenatales con el tiempo necesario en nuestro estudio se determinó que 59.60 % (n=90) corresponde a mujeres con estado laboral Ama de casa, y directamente asiste con mayor frecuencia a sus citas médicas. Datos similares se evidenciaron en un estudio realizado en Colombia en el año 2014, en el cual se



manifestó que las usuarias satisfechas de los controles prenatales mantenían oficios en el hogar en el último mes de la realización del estudio. (10)

Resulta importante mencionar las historias clínicas revisadas, la variable edad a la primera gestación representó el 60.92 % (mujeres de 15 a 19 años), también resulta importante recalcar que dentro de la investigación realizada, en su edad al último embarazo o gesta actual no presento diferencias significativas, variable la cual presenta similitud en los resultados presentados en un estudio realizado en Perú, donde la edad oscilaba entre los 17 a 22 años en mayor porcentaje el 56.90%, en su embarazo actual con lo que se puede relacionar que la edad que la gestante mantenga al primer y actual embarazo influye, pero no se dio el caso en el estudio realizado.

La atención prenatal es efectiva a medida que la gestante se comprometa además de la experiencia que esta mantenga con los servicios de salud, dentro de las características maternas, el número de partos previos no se representó una marcación significativa como un factor del cumplimiento prenatal. (29) Pero resulta necesario, otra vez enmarcar el tiempo que el profesional se atribuye para el control materno resulta corto y largo a la vez, por otro lado el número de hijos que la gestante mantenga representa una variable materna considerable (11), del estudio realizado el 36.42 % (1 – 2 hijos) asiste a una mayor cantidad de cuidados prenatales, que las mujeres que sobrepasan los 3 o más hijos.

La planificación familiar es una decisión que le permite a la mujer y su pareja decidir cuándo ser o no padres, dentro de las historias clínicas estudiadas el 67.54 % (n=102) corresponde a mujeres no tuvo planificación familiar previa, es decir que no tenían una decisión de llevar un embarazo planificado, el porcentaje es elevado en el estudio, pero no se puede determinar como un factor de cumplimiento del control prenatal subsecuente. Lo que concuerda con el estudio de Claudia Arispe en Lima – Perú. (1) dentro del fracaso del método anticonceptivo no se obtuvo diferencias de importancia para determinar un factor asociado al cumplimiento del control.

En cuanto a la edad gestacional al primer control de las historias clínicas revisadas el 30.46 % (n=46) pertenecen a las que asistieron al primer control antes de las 12 semanas de gestación, lo que le permitió al personal de salud mantener un adecuado control prenatal de la gestante y de esta manera evitar desenlaces negativos en el parto o lo largo del embarazo. (5) Datos similares se obtuvieron en el estudio de Cesar García donde de las 171 gestantes habían llegado a la primera consulta antes de las 12 semanas de gestación con una frecuencia de 95 mujeres lo que representa una frecuencia de hecho significativa. (9)



La característica de riesgo en el embarazo modifica de gestante a gestante en cuanto a la cantidad de controles prenatales, en la investigación realizada el 49.66 % (n=75) corresponde a las mujeres con embarazo de alto riesgo, el 33.77% (n=51) de riesgo medio y el 16.55 % (n=25) pertenecen al riesgo bajo. Cabe recalcar que se debe considerar como una variable significativa pero no confiable para valorar el control subsecuente o la asistencia regular de las gestantes hacia los servicios de salud, pues en un embarazo de alto riesgo el número de controles se eleva a diferencia de media y bajo riesgo. (13)

En cuanto a los factores asociados a la atención prenatal el número de controles se relacionó directamente con el número de sesiones de educación y consejería materna se determinó que es similar en las historias clínicas estudiadas, dando como resultado que el número de controles más frecuente es de 4 veces en el embarazo con el 37.08% (n=56), Estos datos se acercan a los obtenidos en Claudia Arispe en Lima – Perú, donde se relaciona las dos variables dando como resultado que la consejería materna es un determinante para la satisfacción y regreso de la usuaria pero no un factor de asistencia a los controles prenatales, (1) y en el estudio de Cesar García se determina datos similares a los de Arispe (9)

Como ya se mencionó con anterioridad el número de sesiones de educación y consejería más frecuente es de 4 veces en el embarazo con el 37.08% (n=56), no se encontró estudios que nos permita realizar una comparación con esta variable. Pero se permite evidenciar esto en la tabla 21, que existe una relación estrecha de frecuencias de las gestantes entre número de controles y las consejerías que recibieron según la información rescatada en las historias clínicas (Clamp obstétrico).

## CAPÍTULO VII

### CONCLUSIONES

La atención prenatal es una serie de procedimientos con el gran objetivo de evitar complicaciones y muertes materno-fetales, actividades que son efectivas en el grado que se mantenga un ritmo cíclico o periódico, por lo que es necesario mencionar que existen varios factores como la edad, tiempo de acceso, número de hijos, estado civil, etc., que limitan el acceso a estos controles, lo que debe impulsar al personal de salud involucrado adquirir nuevas modalidades de atención con el fin de garantizar un control adecuado.

<p>Determinar factores preconceptionales de las mujeres que influyen en el cumplimiento del control prenatal como: edad, instrucción, estado civil, estado laboral, lugar de residencia.</p>	<p>En el presente estudio, mediante la revisión del formulario 051 se determinó que:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La edad las gestantes de mayor frecuencia oscilan entre los 25 a 29 años con el 33.11 % (n=51).</li><li>• El 57.61% (n=87) fueron mujeres de instrucción bachillerato (secundaria completa)</li><li>• El 59.60 % (n=90) corresponde a mujeres con estado laboral Ama de casa.</li><li>• La residencia en su mayoría son del sector urbana del Tambo-</li></ul>
<p>Determinar factores maternos que influyen en el cumplimiento de los controles prenatales como: edad materna, número de hijo, número de partos, semana de gestación al primer control, planificación familiar previa, fracaso de método anticonceptivo, riesgo obstétrico.</p>	<p>Las características maternas representan la experiencia adquirida de las mujeres en los embarazos previos, en el estudio se determinó que:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• la edad a la primera gesta representó el 60.92 % (n=92) en mujeres de 15 a 19 años</li><li>• Mujeres con 1 – 2 hijos el 36.42 % (n=53)</li><li>• Asisten al control con mayor frecuencia, las mujeres sin antecedente de planificación familiar en un 67.54 % (n=102)</li><li>• La asistencia al primer control fue antes de las 12 semanas con el 30.46 % (n=46)</li><li>• El 49.66 % (n=75) corresponde a las mujeres con embarazo de alto riesgo.</li></ul>



<p>Determinar factores de la atención prenatal que influyen en el cumplimiento de los controles prenatales: número de controles prenatales, numero de sesiones de educación y consejería prenatal.</p>	<p>La educación es un papel fundamental durante los controles prenatales, así como los procedimientos, este es el medio por el cual el médico, obstetra y enfermera se relacionan con la gestante y garantiza su regreso en las siguientes consultas, en el presente estudio se encontró:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• El número de controles prenatales y de asistencia a sesiones de educación y consejería, fue de 4 veces con el 37.08 (n=56).</li></ul>
--	---

Cabe recalcar que no se encontró un factor sociodemográficos, materno y de la atención prenatal, que se asocie la inasistencia de las gestantes hacia el centro de salud el Tambo para sus controles prenatales, pero es importante reconocer que dentro del sistema de salud público el tiempo de atención es limitado y en la actualidad existen escases de medicación, dificultad al acceder a los servicios de salud y el nivel de atención dentro de los mismos no es el mismo, por la situación actual mundial, lo que conlleva a que las gestantes no sientan la importancia necesaria de asistir a la consulta médica a lo largo del embarazo.

Para concluir se rechaza la hipótesis:

Los factores asociados influyeron al cumplimiento de control prenatal en mujeres gestantes del centro de salud el Tambo-Cañar, junio 2019 – agosto 2020

Debido a que no se encontró valores significativos dentro del estudio para relacionar los factores asociados con el cumplimiento de los controles prenatales.



## RECOMENDACIONES

- ✓ Incrementar investigaciones cualitativas y cuantitativas que contribuyan a la mejor práctica de la atención prenatal
- ✓ Dentro de la educación de enfermería se debería enfatizar programas de investigación acción que contribuya al enfoque holístico de la población.
- ✓ En el centro de salud se debe mantener actividades recurrentes que motiven a las gestantes a que regresen a las consultas prenatales.
- ✓ El seguimiento del control de las maternas, es un punto clave para un control adecuado de la gestación, este se debe mantener rigurosamente, pues existen historias clínicas con menos de 3 controles durante toda la gestación.
- ✓ En el centro de salud se recomienda incrementar el número de visitas domiciliarias con el objetivo de aumentar el número de controles de las gestantes que habitan cerca del establecimiento de salud.



## CAPÍTULO VIII

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas JL. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia: Frequency of inadequate prenatal care and associated factors. *Revista Medica Herediana*. octubre de 2011;22(4):159-60.
2. Tatal Muñoz LM, Rodríguez Castillo VA, Buitrón Zúñiga EL, Ortega Vallejo DF, Zúñiga Collazos LK, Gonzáles Hoyos EG, et al. Condiciones de acceso al programa de control prenatal en un centro de primer nivel de atención de la Ciudad de Pasto, Colombia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. abril de 2019;65(2):157-62.
3. Yapud A, Geovana Z. Cumplimiento del control prenatal por adolescentes embarazadas atendidas en el centro de salud Estrella del Oriente, Sucumbíos 2018. 2019 [citado 19 de junio de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/8890>
4. Piña Calle EA. Determinantes sociales de la salud que influyen en la adherencia al control prenatal. *Rev Publicando*. 7 de octubre de 2020;7(26):54-62.
5. Factores de riesgo de la morbilidad materna crítica en embarazadas de Las Tunas | Directory of Open Access Journals [Internet]. [citado 19 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://doaj.org/article/0736b25c9c074b879e8580bef5cb6bc7>
6. Domínguez ERN, Hoyos RP, Hernández RT, Blen JAH. Conocimiento de la gestante y su acompañante sobre atención prenatal, nutrición y lactancia materna. Parte I. *Medimay*. 10 de junio de 2008;14(3):83-91.
7. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado [Internet]. [citado 18 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
8. Mayorga-Mogollón LE, Sejín-Vásquez CE, Pérez-Gómez M, Guzmán-Martínez J. Satisfacción de usuarias del control prenatal en Montería. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud*. 17 de junio de 2019;51(3):220-7.
9. García-Balaguera C. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. *Rev Fac Med*. 1 de abril de 2017;65(2):305-10.
10. Mejía PTR, Barona RC, Solarte JCM, Gómez FA, Bernal JAV. FACTORES DE SERVICIOS DE SALUD Y SATISFACCIÓN DE USUARIAS ASOCIADOS AL ACCESO AL CONTROL PRENATAL. *Hacia la Promoción de la Salud*. 1 de junio de 2014;19(1):84-98.
11. Cardenas Bravo FS, Muñoz Bravo ED. Factores relacionados al abandono de controles prenatales en mujeres embarazadas captadas en el primer trimestre de gestación de enero a junio de 2019 en el Centro de Salud Buenos Aires en Machala. [Internet] [Thesis]. Universidad de Guayaquil - Ciencias Médicas-Carrera de



- Enfermería; 2019 [citado 19 de junio de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/47011>
12. Hernández-Vásquez A, Vargas-Fernández R, Bendezu-Quispe G. Factores asociados a la calidad de la atención prenatal en Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 26 de agosto de 2019;36:178-87.
  13. Moya-Plata D, Guiza-Salazar IJ, Mora-Merchán MA. Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil. *Revista Cuidarte*. enero de 2010;1(1):44-52.
  14. Susanibar P, Anthony J. Características del control prenatal en gestantes que llegan al parto con anemia atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2018. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión [Internet]. 2019 [citado 19 de junio de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/UNJFSC/2460>
  15. Basilio\_Rojas MR. Atención prenatal y psicoprofilaxis obstétrica en gestantes del primer nivel de un distrito del Callao. *Health care & global health*. 28 de junio de 2020;4(1):11-5.
  16. Fair CD, Morrison TE. The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women. *Midwifery*. 1 de febrero de 2012;28(1):39-44.
  17. Stan B, Farid M. Impact of community-based interventions on maternal and neonatal health indicators: Results from a community randomized trial in rural Balochistan, Pakistan. *Reproductive Health*. 1 de noviembre de 2010;7(1):30.
  18. Amaya A, Bolaños ÁP, Cuevas AM, Díaz DI. Factores asociados con la mortalidad materna en las afiliadas a una EPS del Régimen Subsidiado, durante el año 2008. *Cuadernos Latinoamericanos de Administración* [Internet]. 1 de febrero de 2016 [citado 19 de octubre de 2020];6(10). Disponible en: <https://doaj.org>
  19. Romero AES, Méndez LFG, Torres AXP, Benavides IRL. Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en primigestantes que asisten a control prenatal en Neiva, 2020. *Revista Neuronum*. 25 de junio de 2020;6(3):7-24.
  20. Guzmán-Ortiz E, Cárdenas-Villarreal VM, Guevara-Valtier MC, Botello-Moreno Y, Guzmán-Ortiz E, Cárdenas-Villarreal VM, et al. Estado nutricional saludable en la mujer durante la gestación: teoría de rango medio. *Enfermería universitaria*. septiembre de 2018;15(3):305-16.
  21. Mojica CMM, Chaparro NPM, Cipagauta ZP, Fonseca DPV. Convertirse En Madre Durante La Adolescencia: Activación del Rol Materno En El Control Prenatal. *Revista CUIDARTE*. 2015;6(2):1041-53.
  22. González-Cowes VL, Landini FP. Adherencia a controles prenatales en el norte argentino desde la perspectiva de la interfaz social. *Ciênc saúde coletiva*. agosto de 2018;23:2741-50.
  23. Guarnizo M. El significado de la sexualidad durante la gestacion. *Av enferm*. 2011;1(2):294-306.
  24. Quijaite Masías T, Valverde Espinoza N, Barja Ore J, Quijaite Masías T, Valverde Espinoza N, Barja Ore J. Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal



- en un Centro de Salud del Callao, Perú. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. diciembre de 2019 [citado 19 de junio de 2021];45(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0138-600X2019000400003&lng=es&nrm=iso&tIng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X2019000400003&lng=es&nrm=iso&tIng=es)
25. Guibovich Mesinas A, AnguloDelgado T, Luján Carpio E. Análisis de la actividad sexual de gestantes sin riesgo obstétrico que acuden a Hospitales públicos de Lima Metropolitana, Perú. Horizonte Médico. julio de 2015;15(3):6-12.
  26. Marino. Características biopsicosociales y frecuencia de relaciones sexuales de las embarazadas en la ESE Prudencio Padilla Clínica Sur. Barranquilla (Colombia). Universidad de Norte. 2004;1(23):9-18.
  27. Raza B, Jacqueline L. Factores asociados a la falta de control prenatal en américa latina y su relación con las complicaciones obstetricas. 1 de marzo de 2021 [citado 19 de junio de 2021]; Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec:8443/jspui/handle/123456789/32575>
  28. Susana Aguilera P, Peter Soothill MD. Control Prenatal. Revista Médica Clínica Las Condes. 1 de noviembre de 2014;25(6):880-6.
  29. Faneite A P, Rivera C, González M, Linares M, Faneite J. ¿Por qué no se controla la embarazada? Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. junio de 2002;62(2):77-82.
  30. Pécora A, Martín MES, Cantero A, Furfaro K, Jankovic MP, Llompарт V. Control prenatal tardío: ¿barreras en el sistema de salud? Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2008;27(3):114-9.
  31. Mayorga-Mogollón LE, Sejín-Vásquez CE, Pérez-Gómez M, Guzmán-Martínez J, Mayorga-Mogollón LE, Sejín-Vásquez CE, et al. Satisfacción de usuarias del control prenatal en Montería. Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud. septiembre de 2019;51(3):220-7.
  32. Gaitan ES. Factores para un embarazo de riesgo. Rev.méd.sinerg. 1 de septiembre de 2019;4(9):e319-e319.
  33. Peña RC, Tabasco AD, Roja KLT, Ortega AOA, Pantoja JAP. Factores de riesgo de la morbilidad materna crítica en embarazadas de Las Tunas. Revista Electrónica Dr Zoilo E Marinello Vidaurreta [Internet]. 1 de octubre de 2016 [citado 19 de junio de 2021];41(10). Disponible en: <https://doaj.org/article/0736b25c9c074b879e8580bef5cb6bc7>
  34. Espitia De La Hoz F, Orozco Santiago L. Anemia in pregnancy, a health problem can prevented. Medicas UIS. diciembre de 2013;26(3):45-50.
  35. Albornoz M, Lazarte S. Prevalencia de sífilis en puérperas sin control serológico en el último mes de gestación y estudio de su relación con factores de riesgo. Revista Argentina de Salud Pública. junio de 2018;9(35):25-32.
  36. Rodríguez MJ, Mejía LP, Peñaloza EY, Urueña J. Physicians' and obstetricians' knowledge regarding periodontal disease and adverse pregnancy outcomes. Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud. diciembre de 2013;45(3):25-34.



37. Guana M, Bianchi UA. Enfermería ginecoobstétrica. México: McGraw-Hill; 2009.
38. García-Regalado JF, Montañez-Vargas MI. Signos y síntomas de alarma obstétrica. Acerca del conocimiento que tienen las mujeres. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2012;50(6):651-7.
39. Cereceda Bujaico M del P, Quintana Salinas MR. Consideraciones para una adecuada alimentación durante el embarazo. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. abril de 2014;60(2):153-60.
40. Buitrago-Gutiérrez G, Castro-Sanguino A, Cifuentes-Borrero R, Ospino-Guzman MP, Arevalo-Rodriguez I, Gomez-Sánchez PI. Guía de Práctica Clínica para el abordaje de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. septiembre de 2013;64(3):289-326.



**CAPÍTULO IX**  
**ANEXOS**  
**OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO**

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
<b>Factores asociados a las características sociodemográficas</b>				
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.	Tiempo Transcurrido	Años	Nominal
Nivel de instrucción	El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Grado de escolaridad	Años de estudio	Nominal <ul style="list-style-type: none"><li>• Ninguna</li><li>• Primaria</li><li>• Secundaria</li><li>• Bachillerato</li><li>• Superior</li><li>• Tercer nivel</li><li>• Cuarto nivel</li></ul>
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Condición legal	Cédula de identidad	Nominal <ul style="list-style-type: none"><li>• Soltero</li><li>• Casado</li><li>• Unión libre</li><li>• Divorciado</li><li>• Viudo</li></ul>
Estado laboral	Oficio o profesión (cuando se desempeña en la misma) de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada	Tipo de actividad que realiza	Formulario	Nominal <ul style="list-style-type: none"><li>• En actividad laboral</li><li>• Desempleado</li></ul>
Residencia	Lugar donde vive actualmente	Tipo de área según división geopolítica	Urbano Rural	Nominal <ul style="list-style-type: none"><li>• Urbano</li><li>• Rural</li></ul>



<b>Factores asociados a las características maternas</b>				
Edad materna	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la primera gestación	Tiempo transcurrido	Años	Nominal
Número de hijos vivos	Cantidad de hijos nacidos vivos.	Cantidad de hijos	Número de hijos vivos	Ordinal - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 o más
Número de partos	Cantidad de partos ya sea por vía vaginal o cesárea.	Cantidad de partos	Número de partos	Ordinal - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 7 o más
Planificación familia previa	El control preconcepcional obtenido tiempo antes de la gestación.	Realización de planificación	Si No	Nominal - Si - No
Fracaso del método anticonceptivo	En la utilización de un método anticonceptivo se produjo el embarazo	Fracaso del método	Clamp obstétrico	Nominal - Si - No
Edad gestacional al primer control	El tiempo de gestación transcurrido hasta el primer control prenatal.	Tiempo transcurrido	Semanas de gestación	Nominal - Menor a 12 semanas - 12 a 15 semanas - 16 a 20 semanas - 21 a 24 semanas - 25 a 28 semanas o más
Riesgo obstétrico	Vulnerabilidad que tiene la gestante debido a la clasificación de factores de riesgo materno- fetales	Nivel de riesgo	Atención prenatal - carnet de embarazo	Nominal - Alto - Medio - Bajo



<b>Factores de la atención prenatal</b>				
Número de controles prenatales	Cantidad de controles prenatales, a los cuales ha asistido la gestante, hasta el parto o hasta la actualidad	Cantidad de atenciones durante el embarazo	Número de atenciones prenatales	Ordinal - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 7 o más
Número de sesiones de educación y consejería	Educación entregada acerca de temas relacionados con el embarazo. (registradas dentro del Clamp obstétrico)	Número de sesiones	Clamp Obstétrico	Ordinal - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 7 o más

**FORMULARIO ESTRUCTURADO**

NÚMERO DE FORMULARIO \_\_\_\_\_

<b>Edad:</b> _____  <b>Nivel de instrucción:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ninguna _____</li><li>• Primaria _____</li><li>• Secundaria _____</li><li>• Bachillerato _____</li><li>• Superior _____</li><li>• Tercer nivel _____</li><li>• Cuarto nivel _____</li></ul>	<b>Estado civil:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>1. Soltero _____</li><li>2. Casado _____</li><li>3. Unión libre _____</li><li>4. Divorciado _____</li><li>5. Viudo _____</li></ul> <b>Residencia:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><u>1.</u> Urbana _____</li><li><u>2.</u> Rural _____</li></ul>
---	---

<b>Estado laboral</b> <ul style="list-style-type: none"><li>1. En actividad laboral _____</li><li>2. Desempleado _____</li></ul>
--



## Factores maternos asociados al control prenatal

**¿Cuál era la edad del primer embarazo y que edad tenía en su último embarazo?**

Primer embarazo \_\_\_\_\_

Actual último embarazo \_\_\_\_\_

### Número de partos

\_\_\_\_\_

### Planificación familiar previa

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

### Fracaso del método anticonceptivo

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

### Edad gestacional al primer control

- Menos de 12 semanas \_\_\_\_\_
- 12 a 15 semanas \_\_\_\_\_
- 16 a 20 semanas \_\_\_\_\_
- 21 a 24 semanas \_\_\_\_\_
- 25 a 28 semanas o más \_\_\_\_\_



## Factores asociados a la atención prenatal

### Número de atenciones prenatales

- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_
- 4 \_\_\_\_\_
- 5 \_\_\_\_\_
- 6 \_\_\_\_\_
- 7 o más \_\_\_\_\_

### Educación prenatal

Número de sesiones registradas en el clamp obstétrico.

- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_
- 4 \_\_\_\_\_
- 5 \_\_\_\_\_
- 6 \_\_\_\_\_
- 7 o más \_\_\_\_\_