



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**“CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS MATERNO NEONATALES DEL  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA EN EL CONTROL PRENATAL POR PARTE  
DE LAS EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE  
RICAURTE, CUENCA 2015”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA  
AUTORAS:**

MARIELA PAULINA PINTADO ROLDAN

NORMA DEL ROCIO PINGUIL PALAGUACHI

**DIRECTOR:**

DR. JAIME PATRICIO IDROVO URIGUEN

**ASESORA:**

MGT. MARCIA BEATRIZ PEÑAFIEL PEÑAFIEL

**CUENCA-ECUADOR**

**2016**



## RESUMEN

**Objetivo:** Establecer el Cumplimiento de las Normas Materno Neonatales del Ministerio de Salud Pública en el control prenatal por parte de las embarazadas que acuden al Subcentro de Salud de Ricaurte, período Enero-Julio 2015.

**Métodos y Materiales:** Es un estudio descriptivo, cualitativo y cuantitativo; se trabajó con 70 embarazadas que acudieron al control prenatal durante el periodo de enero-julio 2015. Como técnica se utilizó la entrevista y como instrumento un formulario de preguntas elaborado por las autoras. En la recolección de la información se aplicó el consentimiento informado. Los datos fueron procesados y analizados mediante los programas SPSS, Microsoft Excel y Microsoft Word.

**Resultados:** Se determinó de las 70 gestantes de estudio el 77.1% acudieron a su primer control prenatal antes de las 20 semanas de embarazo, mientras que el 2.9% lo hizo entre las 26 y 28 semanas. De estas mujeres el 64% son adultas jóvenes entre 19 a 34 años, y el 7.1 % son mayores a 35 años; entre los signos de peligro obstétrico el 25.7% presento dolor y ardor al orinar, el 20% náuseas y vómitos frecuentes, el 12.9% dolor abdominal, el 1.4% disminución y ausencia de los movimientos fetales; el 85% indico haber recibido información de cómo actuar si se presentaba alguna de esta sintomatología pero el 14.3% respondió no haber recibido dicha información durante su etapa gestacional.

**PALABRAS CLAVES:** CONTROL PRENATAL, CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS MATERNO NEONATALES, EMBARAZADAS, MSP, SUBCENTRO DE SALUD DE RICAURTE, CUENCA - ECUADOR



## ABSTRACT

**Objective:** Establish Compliance with Standards of Maternal and Neonatal Health Ministry of prenatal care by pregnant women attending health sub-center of Ricaurte January-July 2015 period.

**Materials and Methods:** A descriptive, qualitative and quantitative study; we worked with 70 pregnant women who attended antenatal care during the period from January to July 2015. As the interview technique was used as a tool and a form of questions developed by the authors. In gathering information informed consent was applied. Data were processed and analyzed using the SPSS, Microsoft Excel and Microsoft Word programs.

**Results:** It was determined in 70 pregnant women in the study 77.1% attended their first prenatal care before 20 weeks of pregnancy, while 2.9% did so between 26 and 28 weeks. The women, 64% are young adults between 19-34 years and 7.1% are greater than 35 years; between the danger signs of obstetric 25.7% showed pain and burning during urination, 20% nausea and frequent vomiting, abdominal pain 12.9%, 1.4% decrease and absence of fetal movements; 85% reported having received information to do if any of these symptoms appeared but 14.3% said it had not received such information during gestational stage.

**KEYWORDS:** PRENATAL CONTROL, MATERNAL AND NEONATAL COMPLIANCE STANDARDS, PREGNANT MSP RICAURTE HEALTH SUBCENTER, CUENCA – ECUADOR.



## CONTENIDO

RESUMEN .....	2
ABSTRACT .....	3
CONTENIDO.....	3
DEDICATORIA.....	13
AGRADECIMIENTO.....	14
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>15</b>
1. 1 INTRODUCCIÓN .....	15
1. 2. PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA .....	16
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	18
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>20</b>
2.1. MARCO TEÓRICO .....	20
2.2 EPIDEMIOLOGÍA.....	21
3. CONTROL PRENATAL .....	23
4. NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES EN UN EMBARAZO SEGÚN LAS NORMAS DE MSP DEL ECUADOR .....	26
5. PRINCIPIOS PARA EL CUIDADO PRENATAL SUGERIDOS POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD, REGIONAL EUROPEA.....	27
6. NORMAS DE ATENCIÓN EN EL CONTROL PRENATAL.....	28
7. HISTORIA CLÍNICA PERINATAL .....	32
8. CARNET PERINATAL.....	33
9. EVALUACIÓN CLÍNICA OBSTÉTRICA .....	34
10. EXAMEN OBSTÉTRICO .....	36
11. MANIOBRAS DE LEOPOLD PARA DIAGNOSTICAR LA COLOCACIÓN DEL FETO EN EL ÚTERO .....	37



12. EXAMEN GINECOLÓGICO .....	38
13. SIGNOS Y SINTOMAS DE PELIGRO OBSTETRICO .....	38
14. EVALUACIÓN NUTRICIONAL .....	40
15. APORTE DE MICRONUTRIENTES .....	41
16. EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA .....	42
17. DETECCIÓN DE INFECCIONES .....	43
18. INMUNIZACIÓN EN EL EMBARAZO.....	45
19. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PARA EVALUAR LA SALUD FETAL .....	46
20. EXÁMENES DE LABORATORIO.....	48
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>53</b>
3. MARCO REFERENCIAL DE LA INSTITUCIÓN .....	53
4. DATOS HISTÓRICOS.....	56
5. MISIÓN Y VISIÓN DE LA INSTITUCIÓN .....	57
6. SITUACIÓN ACTUAL.....	57
7. PROGRAMAS Y PROYECTOS QUE SE MANEJAN DENTRO DEL CENTRO DE SALUD. ....	58
<b>CAPÍTULO IV.....</b>	<b>63</b>
4. OBJETIVOS .....	63
<b>CAPÍTULO V.....</b>	<b>64</b>
5. DISEÑO METODOLÓGICO .....	64
6. VARIABLES .....	64
7. MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS .....	65
8. PROCEDIMIENTOS.....	66
9. RECURSOS .....	66



<b>CAPÍTULO VI.....</b>	<b>67</b>
<b>6. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>67</b>
<b>6.1. Aspectos Socioculturales .....</b>	<b>68</b>
TABLA N° 1 .....	68
TABLA N° 2 .....	69
TABLA N° 3 .....	70
TABLA N° 4 .....	71
<b>6.2. Acciones del Control Prenatal .....</b>	<b>72</b>
TABLA N° 5 .....	72
TABLA N° 6 .....	74
TABLA N° 7 .....	75
TABLA N° 8 .....	76
TABLA N° 9.....	77
TABLA N° 10 .....	78
TABLA N° 11 .....	79
GRÁFICO N°11 .....	79
TABLA N° 12 .....	81
GRÁFICO N° 12 .....	81
TABLA N° 13 .....	83
GRÁFICO N° 13 .....	84
TABLA N° 14 .....	85
GRÁFICO N°14 .....	85
<b>6.3. Cumplimiento del Panel de Control Prenatal .....</b>	<b>87</b>
TABLA N° 15 .....	87
GRÁFICO N° 15 .....	88
TABLA N° 16 .....	89
GRÁFICO N° 16 .....	89



TABLA N° 17 .....	91
GRÁFICO N° 17 .....	91
TABLA N° 18.....	93
GRÁFICO N° 18 .....	94
TABLA N° 19.....	95
6.4. Identificar el Conocimiento de los Signos de Alarma .....	96
TABLA N° 20. ....	96
<b>CAPITULO VII.....</b>	98
7. DISCUSIONES.....	98
<b>CAPÍTULO VIII.....</b>	102
8. CONCLUSIONES.....	102
<b>CAPÍTULO IX.....</b>	104
9. RECOMENDACIONES .....	104
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	105
<b>ANEXOS .....</b>	113
ANEXO N°1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	113
ANEXOS N°2 FORMULARIO DE PREGUNTAS .....	125
ANEXO N°3 CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	135
ANEXO N° 4 RECURSOS ECONOMICOS .....	136
ANEXO N°5 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....	137



### DERECHO DE AUTOR

Yo, Mariela Paulina Pintado Roldán, autora de la tesis “**CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS MATERNO NEONATALES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA EN EL CONTROL PRENATAL POR PARTE DE LAS EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE RICAURTE, CUENCA 2015**”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 05 de enero del 2016



Mariela Paulina Pintado Roldán  
C.I: 0106904261



### DERECHO DE AUTOR

Yo, Norma del Rocío Pinguil Palaguachi, autor/a de la tesis "**CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS MATERNO NEONATALES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA EN EL CONTROL PRENATAL POR PARTE DE LAS EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE RICAURTE, CUENCA 2015**", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 05 de enero del 2016

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Norma del Rocío Pinguil Palaguachi".

Norma del Rocío Pinguil Palaguachi

C.I: 0302237219



### RESPONSABILIDAD DEL AUTOR

Yo, Mariela Paulina Pintado Roldán, autora de la tesis “**CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS MATERNO NEONATALES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA EN EL CONTROL PRENATAL POR PARTE DE LAS EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE RICAURTE, CUENCA 2015**”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 05 de enero del 2016

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Mariela Paulina Pintado Roldán".

Mariela Paulina Pintado Roldán

C.I: 0106904261



### RESPONSABILIDAD DEL AUTOR

Yo, Norma del Rocío Pinguil Palaguachi, autor/a de la tesis "**CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS MATERNO NEONATALES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA EN EL CONTROL PRENATAL POR PARTE DE LAS EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE RICAURTE, CUENCA 2015**", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 05 de enero del 2016

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Pinguil Palaguachi".

Norma del Rocío Pinguil Palaguachi

C.I: 0302237219



## DEDICATORIA

El presente estudio de investigación, realizado con esfuerzo, perseverancia y dedicación, quiero dedicar a los seres más importantes en mi vida, Dios y la Virgencita del Cisne ya que siempre han estado guiándome, iluminándome y protegiéndome en cada momento trascurrido, así también fortaleciendo el don de sabiduría en cada una de nosotras, mi compañera y yo.

A mis padres Patricio y Yolanda por su apoyo incondicional.

A mi esposo Santiago por su amor y paciencia, quien me alentó para continuar, cuando me iba a rendir.

A mi hijo Sebastián mi amor chiquito, quien fue mi inspiración de todos los días para seguir adelante con este estudio.

A mis maestros, familiares, compañeros de estudio y amigos, quienes sin su ayuda no hubieran podido realizar esta tesis. Para todos ellos hago esta dedicatoria.

**Paulina**



## DEDICATORIA

Esta Tesis, producto de trabajo constante, esfuerzo y entrega quiero dedicársela primeramente a Dios y a la virgen María, por bendecirme con el milagro de la vida, para mantenerme firme, en mis sueños y anhelos de superación, y a toda mi familia, en especial a mis padres Manuel y María quienes me animan cada día, y me llenan de orgullo con su sabiduría, consejos y enseñanzas, hacen de mí una mejor hija, madre y ser humano, a mis hermanos Carlos, Ariosto, José, mis hermanas Enma y Narcy, quienes me motivaron a perseguir mi sueño que hoy es una realidad, a mi pequeña hija Lupita, quien con esa ternura angelical siempre llena mi hogar de alegría, dándome fortaleza y ensenándome el amor incondicional único y verdadero, a mi esposo el Ing. Luis Rodríguez por su apoyo y constante lucha por salir adelante juntos, a todos ellos va dedicada esta Tesis, que demuestra que eh avanzado un paso más hacia mis ideales.

## Norma



### AGRADECIMIENTO

Este trabajo de tesis ha sido una gran bendición, agradecemos a Dios por habernos guiado a lo largo de nuestra carrera, por darnos aquel espíritu de inspiración y entusiasmo, por darnos sabiduría y fortaleza en los momentos de debilidad, para así culminar una etapa más de nuestra vida

A nuestros padres quienes han sido el principal motor de nuestra vida por su cariño, amor y apoyo incondicional en todo momento, quienes nos motivaron a ser perseverantes durante la formación profesional.

Gracias de corazón a nuestros tutores de tesis, el Dr. Jaime Patricio Idrovo Uriguen y Lcda. Marcia Beatriz Peñafiel Peñafiel, por brindarnos sus conocimientos, orientaciones, paciencia, tiempo, dedicación, motivación, han sido fundamentales para nuestra formación y un privilegio el haber contado con su apoyo.

Gracias al Director del centro de estudio el Dr. Eduardo Vivar quien en gran parte nos ha brindado su apoyo y ha hecho posible nuestra investigación.

A todas las personas que de una u otra forma han sido claves en nuestra vida profesional.

Para ellos muchas gracias y que dios les bendiga.  
**Paulina y Norma.**



## **CAPÍTULO I**

### **1.1. INTRODUCCIÓN**

El Ministerio de Salud Pública (MSP) cuenta con programas para la mejora de la salud materna e infantil y como estrategia plantea normas que deben cumplir las gestantes a través de los controles prenatales, para evaluar el progreso del embarazo y descubrir problemas maternos y fetales. (1)

Es por eso que el bienestar materno infantil es una prioridad para los servicios de salud, con el principal objetivo: prevenir las complicaciones maternas en el embarazo, el diagnóstico oportuno y el cuidado adecuado durante esta etapa. Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son predecibles mediante la atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, que permite identificar y controlar los principales factores de riesgos obstétricos y perinatal; esto permite no sólo reducir la mortalidad y la discapacidad materno infantil, sino que también contribuye a mejorar la salud, calidad de vida y equidad para las mujeres y niños/as. (2)

Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en Ecuador la reducción de la mortalidad materna es considerada como uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Nuestro país se encuentra entre los países que mejoraron los índices de tasa de mortalidad materna. Entre 2011 y 2014 el índice de muertes maternas descendió del 70% a 46.6%; la meta es que la cifra se reduzca a 21.15% hasta el 2015. (3)

Las pérdidas maternas se deben a las complicaciones que aparecen durante el embarazo y el parto; otras pueden estar presentes desde antes, pero se agravan con la gestación. Los principales riesgos, causantes del 80% de las defunciones maternas, son: las hemorragias graves en su mayoría tras el parto, las infecciones después del parto, la hipertensión gestacional o la preeclampsia,



eclampsia, y los abortos peligrosos. Las demás causas son asociadas a enfermedades como el paludismo, o la infección por VIH en el embarazo. (4)

## 1. 2. PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su nuevo modelo de control prenatal establece que las mujeres con embarazo considerado de bajo riesgo deben recibir un control prenatal de rutina que puede ser precoz, periódico y continuo; estos dos últimos dependerán del riesgo que presenta la mujer durante la gestación y de su medio socioeconómico, cultural y psicológico. (5)

Cada año en Ecuador aproximadamente unas 300.000 mujeres se embarazan pero no todas ellas reciben una atención de calidad como les corresponde de acuerdo a sus derechos ciudadanos. En el año 2004 apenas un 57,5% de mujeres cumplieron al menos 5 controles prenatales de acuerdo a la norma establecida por el Ministerio de Salud Pública (MSP). Sin embargo en nuestro país según una encuesta realizada por el Observatorio de Derechos de la Niñez y Adolescencia (ODNA) en el año 2010, el 73% de embarazadas asumen haberse realizado 5 controles prenatales y el 7% nunca ha asistido a un servicio de salud para vigilar su embarazo. (6)

En el Marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el Ministerio de Salud Pública (MSP) como Autoridad Sanitaria Nacional, emitió la norma de Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE), como un instrumento efectivo para la aplicación de la Estrategia de Reducción de Mortalidad Materna y Neonatal; mejorando de esta manera el cuidado del desarrollo del embarazo en forma temprana, periódica e integral; disminuyendo principalmente el riesgo de muerte tanto materna como perinatal; beneficiando una adecuada atención del parto y asegurando condiciones favorables de salud para el binomio la madre/hijo(a), en los períodos inmediatamente posteriores al nacimiento así como la disminución de la incidencia de discapacidad de causas congénitas. (7)



En todo el mundo cada día mueren unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2013 murieron 289 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. El 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo, y es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. (8)

Según datos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) trascendida en la Cumbre llamada “Acción 2015 de Nueva Delhi”, declaró que en las últimas dos décadas, las cifras de muertes maternas han extenuado más de un 44%, sin embargo sigue aconteciendo muertes en menores de cinco años y se producen en los primeros 28 días de vida. Es así que más de dos tercios de estas defunciones se concentraron en el 2013 en 24 países asiáticos y africanos. (9)

El Ecuador fue uno de los países de las Américas que mayor tasa de mortalidad materna presentó en el año 2009, pues según datos del INEC, fue un porcentaje alto de 96,30%; debido a que la población en ese tiempo fue mayoritariamente joven, es decir el 45% eran mujeres menores de 18 años, esto revela el porcentaje de nacimientos en este grupo de edad fue el 19.9%, comparado con el 12,2% de nacimientos en el grupo de mujeres de 35 años y más. (10)

Las Normas del MSP de Atención Integral en nuestro país tiene como propósito mejorar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad de vigilancia del embarazo, parto y puerperio, así como al recién nacido/a hasta los 28 días de la vida, durante las 24 horas del día y los 365 días al año con enfoque familiar, intercultural e interinstitucional. Además durante el embarazo, en cada control prenatal se desarrollan acciones encaminadas a: Identificar los factores de riesgo y clasificar el riesgo materno, diagnosticar la edad gestacional, identificar la condición y el crecimiento fetal, identifica la condición materna, educar a la gestante y a su núcleo familiar en actividades de promoción y prevención. (11)



En el Subcentro de salud de Ricaurte, durante el periodo enero-julio 2015 se atendieron 70 embarazadas, algunas con embarazos sin complicación y otras con un embarazo de riesgo por la edad o por patologías presentes; algunas embarazadas acuden a los controles regularmente y otras no lo hacen.

Por esta razón planteamos la siguiente problemática de investigación:

Establecer si se cumple con las Normas Materno Neonatales del Ministerio de Salud Pública en el control prenatal por parte de las embarazadas que acuden al Subcentro de Salud de Ricaurte, periodo enero – julio 2015.

### **1.3. JUSTIFICACIÓN**

En el 2011 había más de 7 millones 698 mil mujeres en el país, de las que fallecieron 27.036, por complicaciones originadas en el período prenatal y el embarazo, parto y puerperio. Por lo mismo, son la décima segunda con el 2,72% y vigésima quinta causa de muerte con el 0,89%, respectivamente, según los informes del INEC. (12)

Durante la Cumbre de las Naciones Unidas (ONU) sobre los Objetivos de Desarrollo de Milenio (ODM), celebrada en septiembre del 2010, el Secretario General Ban Ki-moon presentó una estrategia mundial de la salud de las mujeres y los niños, cuyo objetivo es salvar la vida de más de 16 millones de mujeres y niños durante los próximos cuatro años. La Organización Mundial de Salud (OMS) está colaborando con los asociados para alcanzar este objetivo. (13)

En la actual Constitución se estipula que la ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia sea un instrumento para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres, y de los derechos a la salud de niñas y niños menores de 5 años en el Ecuador. El Art. 1.- literal A, habla sobre la asistencia que se brindará a las mujeres en cuanto a control prenatal, parto y post parto. (14)



La utilidad de la presente investigación es que podremos establecer el cumplimiento de las Normas Materno Neonatales del Ministerio de Salud Pública en el control prenatal por parte de las embarazadas que acuden al Subcentro de Salud de Ricaurte, periodo enero-julio 2015.

El aporte que nos brindara será de gran utilidad, ya que nos permitirá conocer la calidad de atención que recibieron las embarazadas durante los controles, si los mismos, fueron regulares o no, permitiéndonos tomar acciones necesarias para el cumplimiento del objetivo.



## CAPÍTULO II

### **2.1. MARCO TEÓRICO**

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, a través de la Dirección Nacional de Normalización, implementa desde hace tres años un proceso Colaborativo de Mejora Continua de la Calidad de la atención obstétrica y neonatal esencial, con el apoyo técnico del Proyecto de Mejora de la Atención en Salud (HCI), la Agencia del Gobierno de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Proyecto de la Garantía de Calidad (QAP), el Fondo de la Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Organización Panamericana de Salud (OPS) y el Enfoque Familiar Comunitario e Intercultural (FCI). (15)

El Ministerio de Salud Pública (MSP) emprendió un sistema de Mejoramiento Continuo de Calidad (MCC) y publicó herramientas importantes tales como el Manual de Estándares e Indicadores para el MCC, las Guías para la Capacitación Clínica en Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (CONE), el Addendum a la Norma Nacional para el manejo activo de la 3<sup>a</sup> etapa del parto, que contribuyen para la capacitación en MCC, bases de datos en los diferentes niveles del sistema, y un Manual para la Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del Parto. (16)

Un control prenatal óptimo, según las normas de MSP del Ecuador, comprende un mínimo de cinco chequeos durante el período del embarazo de bajo riesgo. El primer control de diagnóstico debería ser dentro de las primeras veinte semanas y los otros cuatro subsecuentes de seguimiento, repartidos periódica y continuamente de la siguiente manera: Uno entre las 22 y 27 semanas; uno entre las 28 y 33 semanas; un cuarto entre las 34 y 37 semanas y un quinto entre las 38 y 40 semanas. Sin embargo, el cumplimiento de esta norma no garantiza la calidad de la atención, pues se requiere que, en cada visita, el servicio de salud proporcione un conjunto de actividades y procedimientos a la gestante con el



propósito de identificar factores de riesgo y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido. (17)

## 2.2 EPIDEMIOLOGÍA

Durante los años 90, las altas tasas de mortalidad materna y del menor de 5 años promovieron en el mundo y la región de Latinoamérica y el Caribe (LAC) el compromiso de los países miembros y de las Agencias de Cooperación Internacional para implementar estrategias que reviertan esta situación, el mismo que fue reafirmando con la declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en el año 2000. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados, las tendencias de reducción actual de la muerte materna y de menores de 5 años, especialmente aquellos en edades tempranas, muestran que las metas 4 y 5 de los ODM, no serían alcanzadas en diferentes regiones del mundo. En LAC las evaluaciones de los ODM demuestran que existe una escasa reducción en las metas 4 y 5, los que debieran disminuir a una velocidad de 6.3% y 5,5% anual, para ser cumplidos al año 2015.

Se estima que en LAC alrededor de 1 millón de gestantes no tienen acceso a la atención del parto por personal calificado, y que aproximadamente 744 mil mujeres no tienen ningún control del embarazo. Por esta situación, más de 20,000 madres mueren durante el embarazo y el parto, y más de 200,000 recién nacidos mueren en los 28 días seguidos al nacimiento. (18)

En LAC cada año se producen casi 12.000.000 nuevos nacimientos, y se calcula que, de ellos, unos 400.000 niños mueren antes de cumplir los 5 años de edad, 270.000 lo hacen antes del primer año y, de estos últimos, 180.000 en el primer mes de vida (OPS, 2004).

La mortalidad neonatal definida como la muerte en los primeros 28 días de vida se calcula en 15 por 1.000 nacidos vivos, y se estima que la tasa de mortalidad fetal se aproxima a la Tasa de Mortalidad Neonatal (TMN). Esta última representa 60%



de las defunciones de menores de 1 año de edad y 36% de la mortalidad de los menores de 5 años. Las tasas de mortalidad son más altas en Haití, Bolivia y Guatemala, donde alcanzan niveles cinco a seis veces superiores a lo de los países con las tasas de mortalidad más bajas, como Chile, Costa Rica, Cuba y Uruguay (OPS/AIS, 2005). (19)

En Ecuador según el Objetivo de Desarrollo del Milenio, “Mejorar la Salud Materna” se plantea reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna y lograr el acceso universal a la salud reproductiva para el 2015; es decir, las dos metas consideradas. En los últimos veinte años, la mortalidad de las madres se ha reducido aproximadamente a la mitad: se estima que en el 2010 se dieron 287 mil muertes maternas en el mundo es decir, se produjo una reducción de 47% a comparación de 1990.

Entre los años 2006 y 2009 se incrementó en Ecuador cinco puntos porcentuales en la atención de madres en los centros de salud y el 54,8% de cobertura de parto institucional. Otros de los Objetivo de Desarrollo del Milenio es “Reducir la Mortalidad Infantil” para el 2015 en dos terceras partes, de los niños y niñas menores de cinco años. Según el Informe ODM 2012, en los últimos veinte años, en cinco de las nueve regiones en desarrollo en el mundo, se logró disminuir en más del 50% la mortalidad de niños menores de 5 años. Todavía se dan grandes desigualdades: en América Latina, existe una alta mortalidad infantil en la zona rural a comparación de la urbana.

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) existe una reducción en la tasa de mortalidad infantil en niños menores de un año. Esta cifra disminuyó: de cada 100 nacidos vivos fallecían 29, esto se registró entre 1999 y 2004, mientras que en el período del 2007-2012, de cada 100 nacidos vivos mueren 13 niños. (20)



En septiembre del 2014, el informe del Grupo Interagencial de Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil (IGME, por sus siglas en inglés) registró un descenso mundial del 49% con una cifra hasta 2013 de 6,3 millones de niños fallecidos, frente a los 12,7 millones en 1990.

En nuestro país, la tasa de decrecimiento fue mayor en ese período. De acuerdo a las encuestas realizadas en los años 1989 y 2012, hubo un descenso de 77,14% superando la meta que planteó la OMS. (21)

### **3. CONTROL PRENATAL**

Son actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a. Los componentes que abarca son: Promoción, Prevención, Recuperación y Rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional. (22).

#### **3.1. Principios que Respaldan de Acuerdo al Nuevo Modelo de Control Prenatal de la OMS**

El nuevo modelo de control prenatal de la OMS, está basado en los siguientes principios:

**1.** Un modelo de control prenatal debe incluir un formulario simple que pueda usarse fácilmente para identificar a las gestantes con patologías especiales o aquéllas con riesgo de desarrollar complicaciones; las mismas que deben ser derivadas a un nivel de atención de mayor complejidad.

**2.** Las mujeres con patologías especiales o con factores de riesgo para desarrollar complicaciones deben ser atendidas minuciosamente y deberían ser derivadas a niveles superiores de atención sólo cuando se tiene certeza de que los niveles



más complejos de atención tienen la experiencia suficiente para tratar esas necesidades de salud específicas.

**3.** El equipo de salud debe hacer que todas las mujeres embarazadas se sientan bienvenidas al departamento benéfico.

**4.** Se deberán realizar los exámenes y las pruebas solo cuando se revela un propósito inmediato y que se ha demostrado que son beneficiosas.

**5.** Se deberán usar pruebas rápidas y fáciles de realizar en un servicio tan cercano a la casa de salud como sea posible. Cuando los resultados de las pruebas sean positivos (por ejemplo, positivo para sífilis), se debe iniciar el tratamiento en el mismo lugar y día.

**6.** Promover el inicio temprano del control prenatal, siempre antes de las 8 semanas de gestación; y la asistencia periódica de la gestante a este programa, hasta el momento del parto.

**7.** Identificar tempranamente los factores de riesgo biopsicosociales, y las enfermedades asociadas y propias en la gestante para una atención adecuada y oportuna.

**8.** Dar una atención integral a la mujer embarazada de acuerdo a sus condiciones de salud, articulando de manera efectiva los servicios y niveles de atención en salud de los que se disponga.

**9.** Educar a la mujer gestante y su familia acerca del cuidado de la gestación, la atención del parto y del recién nacido, la lactancia materna y la planificación familiar. (23)

### **3.2. Enfoques del Control Prenatal**

Para que el control prenatal pueda garantizar resultados favorables para la salud materna fetal es necesario que sea:



### **3.2.1. Completo e Integral**

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.

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

*Atención de:*

- Riesgo nutricional.
- Detección de discapacidades y enfermedades perinatales.
- Maltrato sexual, violencia intrafamiliar y drogodependencia.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Consejería pre/pos prueba de VIH/SIDA, detección y referencia.
- Enfermedades buco – dentales.
- Referencia de usuarias con riesgo obstétrico perinatal.

### **3.2.2. Precoz**

El control prenatal debe iniciarse lo más temprano posible, esto es en el primer trimestre y en cuanto se haya diagnosticado el embarazo, para así establecer sin temor o dudas la fecha probable de parto y las semanas de gestación, para facilitar las acciones de prevención y promoción de la salud y detectar factores de riesgo.

### **3.2.3. Enfoque Intercultural**

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



### 3.2.4. Periódico

Toda mujer embarazada de bajo riesgo deberá completar un mínimo de 5 controles prenatales, uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento con el cumplimiento de todas las actividades que se registran en la historia clínica perinatal del El Centro Latinoamericano de Perinatología, CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. La continuidad en las consultas prenatales permitirá efectuar acciones de promoción a la salud y de educación para el nacimiento. También beneficiará 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.

### 3.2.5. Afectivo

- Toda embarazada debe ser bienvenida y atendida con calidez y calidad.
- Los horarios de atención deben favorecer la concurrencia al control prenatal.
- Cuanto mayor el número de horas de atención, más elevado el número de mujeres que puedan concurrir.
- Cumplir con el horario de turnos y reducir el tiempo de espera de las pacientes.
- Se deben realizar exámenes y pruebas que responden a un propósito inmediato y que se haya demostrado que son beneficiosas. (24)

## 4. NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES EN UN EMBARAZO SEGÚN LAS NORMAS DE MSP DEL ECUADOR

### 4.1. Nivel Óptimo: 12 Controles

- Uno mensual hasta las 32 semanas
- Uno cada dos semanas hasta las 36 semanas
- Uno semanal hasta el momento del parto



#### **4.2. Nivel Mínimo Eficiente:** 5 Controles

- Uno en las primeras 20 semanas.
- Uno entre las 22 y 27 semanas.
- Uno entre las 28 y 33 semanas.
- Uno entre las 34 y 37 semanas.
- Uno entre las 38 y 40 semanas (25)

#### **5. PRINCIPIOS PARA EL CUIDADO PRENATAL SUGERIDOS POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD, REGIONAL EUROPEA.**

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Meta-análisis de estudios controlados mencionan que se continúa practicando en el mundo un cuidado perinatal y uso de tecnología inapropiados, a pesar que existe aceptación generalizada acerca de principios de cuidado basados en las evidencias. Por este motivo, han sido identificados una serie de principios acerca del cuidado perinatal para facilitar la implementación de los mismos por parte de la Oficina Regional de la OMS en Europa, la que desarrolló un Taller de Cuidado Perinatal en el cual se propusieron 10 principios que deberían ser considerados en el cuidado perinatal.

- 1) Ser no-medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto a partir de la utilización de un conjunto mínimo de intervenciones y aplicando el menor nivel posible de tecnología.
- 2) Estar basado en el uso de tecnología apropiada. Esto se define como un conjunto de acciones que incluyen métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas.
- 3) Estar basado en las evidencias, lo que significa ser avalado por la mejor evidencia científica.
- 4) Estar regionalizado, basado en un sistema eficiente de referencia desde centros del primer nivel de atención hasta niveles de tercer nivel.



- 5) Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como Obstétricas, Obstetras, Neonatólogos, Enfermeras, Educadores, Trabajadores Sociales, etc.
- 6) Ser integral; es decir, que tenga en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y sus familias.
- 7) Centrado en la familia, dirigido a las necesidades de la mujer, su pareja y su hijo.
- 8) Ser apropiado, es decir, que tenga en cuenta las diferentes pautas culturales.
- 9) Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
- 10) Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres. (26)

## 6. NORMAS DE ATENCIÓN EN EL CONTROL PRENATAL

El bienestar de la mujer antes, durante y después de los embarazos, está condicionado en gran medida por su entorno familiar, social y con su pareja, ya que son estos fundamentales para alcanzar los mejores resultados perinatales.

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:

### **6.1. Acciones A Emplearse**

#### **6.1.1. Enfoque de Riesgo Perinatal**

Establece necesidades de cuidados que va desde un mínimo para las mujeres con bajo riesgo o baja probabilidad de presentar un daño, hasta un máximo, sólo necesario para aquéllas con alta probabilidad de sufrir problemas vinculados al proceso reproductivo.



### **6.1.2. Identificación de Factores de Riesgo**

Son las características biológica o social que se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño, ya sea la madre, el feto o ambos, por lo que se determina los siguientes elementos:

#### *6.1.2.1. Condiciones Socio-Demográficas*

Edad < de 17 años o > de 35 años, desocupación personal y/o familiar, analfabetismo, desnutrición, obesidad, dependencia de alcohol, drogas ilícitas y abuso de fármacos en general, tabaquismo, violencia doméstica.

#### *6.1.2.2. Antecedentes Obstétricos*

Muerte perinatal en gestación anterior, antecedente de recién nacido con malformaciones del tubo neural, amenaza de parto prematuro en gestas anteriores, recién nacido con peso al nacer < de 2500 g, igual > a 4000 g, aborto habitual o provocado, cirugía uterina anterior, hipertensión, DBT gestacional en embarazos anteriores, nuliparidad o multiparidad, intervalo intergenésico < de 2 años.

#### *6.1.2.3. Patologías del Embarazo Actual*

Desviaciones en el crecimiento fetal, embarazos múltiples, oligoamnios, polihidramnios, ganancia de peso inadecuada, amenaza de parto pre término o gestación prolongada, preeclampsia, hemorragias durante la gestación, ruptura prematura de membranas ovulares, placenta previa, diabetes gestacional.

#### *6.1.2.4. Patologías Maternas Previas al Embarazo*

Cardiopatías, Neuropatías, Endocrinopatías, Hipertensión arterial, Epilepsia, Enfermedades Infecciosas.



## **6.2. Actividades Específicas**

### **6.2.1. Diagnóstico de Embarazo**

#### *6.2.1.1. Signos de Presunción.*

Son inconstantes, variables, pueden faltar aparecen al final de la 4<sup>a</sup> semana de embarazo y desaparecen alrededor de la 18<sup>a</sup> semana. Son manifestaciones subjetivas y objetivas: sialorrea, vómitos, alteraciones del apetito y del gusto, aversión a ciertos olores, irritabilidad, preocupación, tristeza, ciclos alternados de alegría y melancolía, mareos, lipotimias, somnolencia, desgano, poliaquiuria, modificaciones en las mamas turgencia, entre otros.

#### *6.2.1.2. Signos de Probabilidad*

- *Amenorrea:* mujer en edad fértil, sana y con períodos regulares que presente un atraso en la aparición de la menstruación es decir, con sus características habituales de periodicidad, duración y aspecto.
- *Modificaciones Uterinas:* el tacto por vía vaginal y la palpación externa permite reconocer los signos más seguros. La forma del útero se hace más globulosa, los fondos de sacos vaginales se hacen convexos (signo de Noble- Budín) y su consistencia disminuye reblandecimiento.

#### *6.2.1.3. Signos de Certeza*

- *Hormona HCG (Gonadotropina Coriónica Humana):* Hallazgo aún antes de la nidación y es producida por el sinciciotrofoblasto, Constituye el método de diagnóstico más precoz y sensible.
- *Visualización fetal: la ecografía transvaginal:* permite diagnosticar el embarazo a la 4<sup>a</sup> semana de la fecha de la última menstruación, visualizándose el saco gestacional, a la 5<sup>a</sup> semana el embrión y a la 6<sup>a</sup> semana la actividad cardíaca.



- *Palpación abdominal:* en la segunda mitad de la gestación la palpación del abdomen permitirá reconocer el tamaño, consistencia y desviaciones del útero grávido, apreciar las contracciones y los movimientos del feto y hacer el diagnóstico tanto de la colocación fetal (actitud, situación, presentación) como del número de fetos.
- *Detección de latidos fetales:* debe estudiarse su frecuencia, intensidad, ritmo y localización, pueden identificarse a través del Estetoscopio Obstétrico de Pinard o detectores Doppler.

#### **6.2.2. Diagnosticar la Edad Gestacional**

Se considerara la fecha de la última menstruación (FUM), en las mujeres con FUM confiable y con ciclos menstruales regulares que no hayan estado últimamente usando anticonceptivos.

Biometría Ecográfica antes de las 14 semanas, la evaluación de la edad gestacional entre las 7-12 semanas es calculada generalmente por la medida de la longitud embrionaria máxima.

#### **6.2.3. Aplicación de Tecnologías Apropriadas**

- *Gestograma:* Facilita, a partir de la fecha de última menstruación, calcular la edad gestacional y del recién nacido, vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal, verificar la normalidad del incremento de peso materno, de la presión arterial y de las contracciones uterinas y medidas antropométricas feto neonatales ecográficas.
- *Cinta obstétrica:* La medición de la altura uterina se debe realizarse en cada control a partir del segundo trimestre (Lindhard, 1990). La cinta métrica debe ser flexible e inextensible. La medida seriada de la altura uterina durante el control prenatal permite verificar el crecimiento fetal normal y



detectar posibles desviaciones. Para ello se diseñó una curva de altura uterina en función de la Edad Gestacional. (27)

## 7. HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

### **7.1. Normatización del Control Prenatal**

La Historia Clínica Perinatal (HCP) es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante el control prenatal, el parto y el puerperio y del neonato y/o en el ingreso por aborto, incluyendo el período pos-aborto hasta el alta. Cuando su contenido forma parte de una base de datos, la HCP se convierte en un instrumento útil para la vigilancia clínica y epidemiológica de éstos eventos desde una visión de Salud Pública.

*La Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) se basa en:*

1. Servir de base para planificar la atención de la embarazada y su hijo y facilitar el funcionamiento de los servicios perinatales.
2. Normalizar y unificar la recolección de datos.
3. Facilitar al personal de salud la aplicación de normas de atención para la embarazada y el recién nacido.
4. Ofrecer elementos indispensables para la supervisión y evaluación en los centros de atención para la madre y el recién nacido.
5. Ayudar a la capacitación del equipo de salud.
6. Conocer las características de la población asistida.
7. Constituir un registro de datos perinatales para la investigación en servicios de salud.



## 8. CARNET PERINATAL

Es un instrumento que permite integrar las acciones que el equipo de salud realiza durante el embarazo, el parto y el puerperio. Tiende a evitar la falta de datos que puede producirse en algún momento de estas etapas del proceso reproductivo. Debe estar SIEMPRE en poder de la embarazada, quien lo utilizará para toda acción médica que solicite.

En 1983, el CLAP/SMR publicó el Sistema Informático Perinatal (SIP) y desde entonces muchos han sido los establecimientos de salud que lo han utilizado, tanto en Latinoamérica como en el Caribe. El SIP está constituido por la Historia Clínica Perinatal (HCP), el carné perinatal (CP), y el partograma.

*El SIP se basa en:*

- Servir de base para planificar la atención
- Verificar y seguir la implantación de prácticas basadas en evidencias
- Unificar la recolección de datos adoptando normas
- Facilitar la comunicación entre los diferentes niveles
- Obtener localmente estadísticas confiables
- Favorecer el cumplimiento de normas
- Facilitar la capacitación del personal de salud
- Registrar datos de interés legal
- Facilitar la auditoría
- Caracterizar a la población asistida
- Evaluar la calidad de la atención
- Categorizar problemas
- Realizar investigaciones epidemiológicas.

El SIP permite que, en la misma maternidad, los datos de la HC puedan ser ingresados a una base de datos y así producir informes locales, a nivel nacional o



regional, pudiendo ser consolidadas y analizadas para describir la situación de diversos indicadores en el tiempo, por áreas geográficas, u otras características poblacionales específicas.

En el nivel central, se convierte en un instrumento útil para la vigilancia de eventos materno-neonatales y para la evaluación de programas nacionales y regionales. (28)

## **9. EVALUACIÓN CLÍNICA OBSTÉTRICA**

La evaluación clínica general permitirá la detección de probables patologías actuales o previas, que puedan complicar la evolución del embarazo o resultar agravadas por el mismo, requiriendo un control más especializado. Dicho examen consiste en:

### **9.1. Anamnesis**

El examen clínico de toda gestante comienza con el interrogatorio. Por las consecuencias administrativas y legales y por la asociación que algunos factores tienen con el riesgo perinatal, debe incluir:

- Identificación de la gestante
- Condición socio-educacional
- Antecedentes obstétricos
- Antecedentes familiares
- Antecedentes personales

### **9.2. Examen Físico**

- Inspección de piel, mucosas, hidratación, cianosis, etc.
- Inspección de los miembros inferiores (várices, edemas)
- Palpación abdominal, puño percusión lumbar
- Auscultación cardiaca. Detección de cardiopatías



- Tensión arterial, pulso y temperatura
- Medidas de talla y peso

Durante las visitas preconcepcional y de embarazo, es necesario el control de la tensión arterial en todas las consultas, ya que la mayoría de las mujeres será inicialmente asintomática.

Los trastornos hipertensivos complican alrededor del 10% de los embarazos. En sus formas severas (preeclampsia y eclampsia) representan alrededor del 4,4% de todos los nacimientos.

En el caso de algunos países en vías de desarrollo y en situaciones de desventaja como suele ocurrir en el África, puede alcanzar una incidencia cercana al 18% (WHO 2002) En el año 2010, en Argentina, fue la cuarta causa de muerte materna, con el 11 % de todas las muertes. Durante el año 2011 la RMM fue del 4,0 0/000, de las cuales, el 13,6% fueron atribuibles a trastornos hipertensivos del embarazo y puerperio. (DEIS, 2012). (29)

Un análisis sistemático de la OMS sobre las causas de muerte materna ha mostrado que los trastornos hipertensivos constituyen una de las principales causas de muerte materna en los países en vías de desarrollo, especialmente en África, América Latina y El Caribe; como resultado de la escasa utilización de los servicios de control prenatal y de asistencia obstétrica así como la presentación tardía a las unidades especializadas para la atención de emergencia. La preeclampsia-eclampsia es una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal mundial; en el año 2010, en Ecuador, fue catalogada como la primera causa de muerte materna (INEC 2010). (30)

En Ecuador la ginecóloga Diana Cañizares considera que las muertes maternas podrían disminuirse más con estudios médicos adecuados durante el embarazo y controles prenatales minuciosos. Dice que la mayoría de problemas están



relacionados con la hipertensión arterial, que deriva en preeclampsia, una combinación de presión elevada (130/90) acompañada de proteinuria (proteína en orina). “Si bien la hipertensión gestacional es recurrente en las mujeres menores de 18 y mayores de 35 años, si se la maneja y controla se llega al término del embarazo sin ningún tipo de problema”. (31)

## 10. EXAMEN OBSTÉTRICO

### **10.1. Diagnóstico de la Vitalidad Fetal**

La metodología empleada para diagnosticar la vitalidad fetal dependerá de la edad gestacional.

- A partir de la 6<sup>a</sup> semana, se puede confirmar la actividad cardiaca embrionaria por ecografía transvaginal.
- A partir de la semana 14<sup>a</sup>, puede comenzar a detectarse en forma externa por medio de un estudio Doppler.
- A partir de las semanas 20<sup>a</sup> a 25<sup>a</sup>, se lo puede detectar por medio de la auscultación con el estetoscopio de Pinard. La frecuencia cardíaca fetal oscila entre los 110 y 160 latidos por minuto.

### **10.2. Diagnóstico de la Presentación Fetal**

La presentación fetal se define a partir de la parte del feto que se encuentra en contacto con la pelvis materna, capaz de desarrollar un mecanismo de parto.

Puede ser la cabeza fetal (presentacióncefálica) o pueden ser las nalgas (presentación pelviana) o presentación con el hombro del feto (situación transversa) Su frecuencia es menor a 1 cada 200 partos y termina en una rotura uterina, con alto riesgo de muerte materna y fetal, la presentación podálica, en embarazadas de término, con feto único, de peso igual o mayor a 2500 g. varía entre 2,5 % y 3 % de los partos.



Las Circunstancias que aumentan la frecuencia de presentación podálica son:

- Parto de pretérmino
- Embarazo múltiple
- Polihidramnios
- Placenta previa
- Malformaciones fetales (anencefalia-hidrocefalia)
- Malformaciones uterinas

## 11. MANIOBRAS DE LEOPOLD PARA DIAGNOSTICAR LA COLOCACIÓN DEL FETO EN EL ÚTERO

En el control de la gestación en las últimas 10 semanas y al comienzo del parto se valora la estética fetal buscando cual es la situación, la posición, la presentación, la actitud del feto dentro del útero materno.

- *Primera maniobra:* Con esta maniobra, se apreciar la altura del útero, se palpa el polo que ocupa el fondo uterino. El polo pelviano es grande, blanduzco, desigual y reductible y en él alternan partes blandas y duras, sin peloteo. El polocefálico, por el contrario, es redondeado, liso, irreductible, duro y pelotea.
- *Segunda maniobra:* Palpando los flancos, se determina la situación y ubicación del dorso fetal. En la situación longitudinal, el dorso se aprecia como una superficie regularmente plana o ligeramente convexa, lisa y resistente. En el lado contrario, los miembros se localizan como pequeñas partes desiguales, móviles, que se desplazan con la palpación. En situación transversa, se palpan los polos fetales.
- *Tercera maniobra:* Permite palpar el polo presentado en la pelvis. Habitualmente, es el polocefálico el que se ofrece a la pelvis. Esto se confirma con la maniobra de peloteo.



- *Cuarta maniobra:* Permite evaluar encajamiento de la presentación en la pelvis. Si los dedos se introducen en una excavación vacía, debe sospecharse una situación transversa.

## 12. EXAMEN GINECOLÓGICO

- *Papanicolaou (PAP):* Evalúa los cambios anormales en las células cervicales pudiendo detectar un cambio pre-cánceroso en las células conocido como displasia cervical. Las células anormales pueden desarrollarse en un cáncer si la displasia no es descubierta oportunamente y tratada. También puede detectar infecciones virales de la cerviz, tales como verrugas genitales (condilomas) y herpes, infecciones vaginales, tales como infecciones por levadura o tricomonas.

El embarazo constituye un excelente momento para la prevención del cáncer cérvico uterino. Este procedimiento debe realizarse en el primer control prenatal como parte habitual de la semiología obstétrica, no constituye contraindicación, como tampoco la edad gestacional, para realizar el examen. Se debe omitir cuando hay riesgos de sangrado.

- *Examen mamario:* identifica aquellas anomalías que pudieran interferir con la lactancia (pezones planos, umbilikados); descartar la existencia de alguna patología tumoral (grandes asimetrías, durezas, hundimientos, retracciones) y la presencia de secreciones anómalas por el pezón. (32)

## 13. SIGNOS Y SINTOMAS DE PELIGRO OBSTETRICO

La mayoría de los embarazos y partos transcurren sin incidentes, sin embargo todos los embarazos representan un riesgo; alrededor del 15% del total de las mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación potencialmente mortal que requiere atención calificada y oportuna. Es por esto que el MSP considera muy importante que una mujer gestante, su pareja, su familia y la comunidad aprendan



a reconocer las señales de peligro a tiempo, así la mayoría de las muertes maternas pueden ser evitadas. Entre estos signos podemos mencionar:

- **Sangrados:** En un embarazo normal no debe haber sangrados. Todo sangrado durante el embarazo poca o mucha cantidad es peligroso para la embarazada y su bebé.
- **Salida del líquido amniótico:** La salida de líquido amniótico o “agua de fuente” puede ser normal cuando empieza la labor de parto; si la salida de líquido se da antes de las 38 semanas, en forma abundante o apenas como un escurrimiento gotitas, esto no es normal y puede complicar la vida de la madre y del bebe.
- **Dolores intensos en el abdomen:** un intenso dolor en el abdomen o vientre que hace que el abdomen se ponga duro, que se incrementa en tiempo, intensidad y frecuencia, es decir que se hace más fuerte y más seguido, o se presenta de forma súbita y constante, si aún no son los días en que se espera el parto.
- **Dolor de cabeza, zumbidos:** intenso dolor de cabeza, zumbido o ruidos en los oídos, mareos, visión borrosa repentina, dolor repentino en la boca del estómago, con o sin hinchazón de los pies, manos o cara, significa que la presión arterial está alterada estas molestias pueden presentarse durante el embarazo, parto o después del parto, más aun si hay antecedentes de preeclampsia o eclampsia en embarazos anteriores.
- **Convulsiones:** pueden presentarse como una complicación de la presión alta en el embarazo y es muy peligroso para la gestante y él bebe. Toda convulsión en el embarazo es una emergencia, sobre todo si hubo antecedentes de convulsiones en el embarazo anterior.
- **Movimientos del bebé:** Los movimientos del bebé se sienten a partir del quinto mes de embarazo, si es el primer bebé y, a partir del cuarto mes en aquellas mujeres que ya han tenido un embarazo previamente. Los



movimientos del bebé se vuelven más frecuentes conforme él o ella crece y, disminuyen cerca de la fecha de parto por el poco espacio que tiene, debido a que ha completado su crecimiento, pero continúa haciéndolo. Los movimientos del bebé están relacionados con la alimentación de la madre. La falta de movimientos del bebé puede ser una señal de peligro.

- *Infecciones en vías urinarias:* Las infecciones de vías urinarias y genitales son muy comunes durante la vida de una mujer. Durante el embarazo estas infecciones pueden presentarse con síntomas como dolor y ardor al orinar, mal olor en la orina, secreciones vaginales o ningún síntoma. Las infecciones de vías urinarias o genitales pueden producir disminución en el crecimiento del bebé y que el parto se dé antes de tiempo; por eso es importante acudir al control prenatal para poder detectarlas a tiempo y recibir el tratamiento adecuado.
- *Fiebre:* La fiebre es con frecuencia un signo de qué algo anda mal. Puede ser evidencia de un proceso infeccioso. En una mujer embarazada, en el parto y después del parto la fiebre siempre debe preocuparnos, por ser una señal de peligro. (33)

#### 14. EVALUACIÓN NUTRICIONAL

La valoración del estado de nutrición de la embarazada es de vital importancia, no sólo para el buen desarrollo de la gestación, sino también para la salud de la mujer y sus futuros embarazos. La necesidad de evaluar el crecimiento y el desarrollo fetal se ha constituido en una prioridad debido a la magnitud de la población de niños con alteraciones del crecimiento prenatal, fundamentalmente en los países en vías de desarrollo. La desnutrición de la madre produce un efecto principal: la disminución del peso de nacimiento del niño. La malnutrición crónica que sufren muchas madres desde su infancia desempeña un papel esencial en esa insuficiencia de peso.



Para la evaluación de la ganancia de peso se utilizará la talla y el peso pregestacional, y se pesará a la embarazada en cada consulta.

- *Peso*: medir en balanza para adultos, registrando kg con una aproximación de 0.5kg. La mujer debe estar descalza y con ropa liviana.
- *Talla*: Se mide en un tallímetro para adultos y se registra en cm, sin decimales. Si no se contara con una medición preconcepcional de la talla, se aceptará la talla medida durante la primera consulta del embarazo.
- *Edad gestacional*: este dato será calculado a partir de la F.U.M. (fecha de la última menstruación), por ecografía, expresada en semanas.
- *IMC*: con la talla y el peso. (34)

## 15. APORTE DE MICRONUTRIENTES

- *Ácido fólico*: para la prevención de los defectos del tubo neural se recomienda administrar durante la etapa preconcepcional, por lo menos en las cuatro semanas previas a la gestación, y en las primeras doce semanas: 4 mg diarios, en mujeres con antecedente de hijo con defecto del tubo neural o en tratamiento con medicamentos que aumenten su incidencia; y 0,4 mg diarios, en gestantes sin estos antecedentes. (35)

En Ecuador se ha reportado el 46% de anemia y el 68% de deficiencia de hierro en primigestas al final del embarazo. Se ha demostrado que la administración de suplemento de hierro en el tercer trimestre disminuye la tasa de anemia del 45% al 15%, incrementando el peso neonatal de forma significativa ( $p < 0,05$ ). Tamayo ha encontrado una incidencia de anemia ( $Hb < 11 \text{ g/dL}$ ) del 14% en 300 mujeres parturientas de alto riesgo obstétrico. Por otro lado, se ha reportado que los niveles de vitamina B12 y ácido fólico en mujeres que tuvieron un episodio de amenaza de parto no difirieron en relación a la edad gestacional al nacer: pretérmino o término. (36)



En Chile, múltiples estudios han mostrado que el uso preconcepcional de ácido fólico no sólo disminuye la ocurrencia y recurrencia de defectos de cierre del tubo neural (DCTN) sino también en otras malformaciones congénitas como las fisuras labiopalatinas, algunas malformaciones del tracto genitourinario y los defectos cardíacos conotrunciales, de manera que en la actualidad también se recomienda la suplementación con dosis de 4 mg diarios de ácido fólico en aquellas mujeres que han tenido un hijo con este tipo de defectos congénitos. (37)

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia recomienda la suplementación con 400 microgramos / día de ácido fólico desde la consulta preconcepcional, hasta la semana 12 de embarazo, a fin de reducir el riesgo de tener un recién nacido con defectos del tubo neural (anencefalia o espina bífida). Se recomienda el suplemento de hierro + ácido fólico de forma rutinaria a todas las gestantes con embarazo de curso normal. (38)

- *Calcio:* debe suministrarse durante la gestación y hasta completar una ingesta materna mínima de 1200-1500 mg diarios, para evitar el descenso de la calcemia a partir del tercer mes.
- *Sulfato ferroso:* deberá suministrarse de rutina en dosis de 200 a 300 mg diarios equivalentes a 30-40 mg de hierro elemental diarios con agua y fuera de las comidas. Si además, la paciente presenta anemia (hemoglobina por debajo de 11 gm en el primer y tercer trimestre o por debajo de 10.5 gm en el segundo trimestre) debe aumentar los requerimientos de hierro de 90 a 120 mg de hierro elemental diarios. (39)

## 16. EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA.

La evaluación odontológica en la mujer embarazada se debe realizar para prevenir el desarrollo y evaluación de caries a partir del análisis de los factores de riesgo y protectores presentes durante el embarazo. En mujeres con alto riesgo de parto prematuro y diagnóstico de enfermedad periodontal se debe realizar el



tratamiento periodontal, pudiendo tener esta terapia un efecto positivo en la disminución del parto prematuro y bajo peso al nacer, Su prevención y tratamiento permitirán mejorar la salud de la mujer y mejorar los resultados perinatales. (40)

## 17. DETECCIÓN DE INFECCIONES

### 17.1. Infecciones de Transmisión Vertical

#### 17.1.1. VIH/Sida

El virus que causa el SIDA, puede ser transmitido de una madre infectada a su recién nacido. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, sin tratamiento antirretroviral, hasta el 30% de los bebés de madres infectadas con VIH contraen el virus. Si la madre amamanta, el riesgo se eleva entre el 35% y el 50%. Las madres con cargas virales altas tienen más posibilidades de infectar a sus bebés. Pero ningún valor bajo de carga viral es considerado “sin riesgo.” La infección puede suceder durante cualquier momento del embarazo, pero generalmente ocurre justo antes o durante el parto. Si el trabajo de parto es largo, hay más posibilidades de que el bebé se infecte, durante el parto el bebé entra en contacto con la sangre de la madre, esto es una exposición de alto riesgo. (41)

#### 17.1.2. Sífilis

Es un riesgo mayor que afecta al feto, con la consecuencia de un recién nacido con Sífilis congénita, mortinato o aborto espontáneo. Una madre infectada puede transmitir la enfermedad a su feto tan tempranamente como en la 9na semana de amenorrea. Por lo general la transmisión tiene lugar luego de la 16a semana de gestación.



### **17.1.3. Toxoplasmosis**

Es una zoonosis endémica causada por el *Toxoplasma Gondii*, protozoario cuyo huésped definitivo son los felinos que eliminan gran cantidad de quistes en su materia fecal. La forma de infección se produce por la ingestión de carnes poco cocidas o crudas, verduras crudas mal lavadas; otras vías de adquisición son la transplacentaria y la transfusión sanguínea.

### **17.1.4. Hepatitis**

Se realiza la prueba a todas las gestantes, para detectar a las portadoras y evitar la transmisión de madre infectada a hijo, en el momento del nacimiento, mediante la administración la inmunoglobulina específica. (42)

## **17.2. Infecciones del Tracto Urinario (ITU)**

Es una de las complicaciones más frecuentes durante la gestación. La detección temprana previene complicaciones como la pielonefritis, el parto pretérmino y el bajo peso al nacer.

El microorganismo más frecuente aislado es el *Escherichi Coli*, seguido por el grupo *KlebsiellaEnterobacter* y *Proteus mirabilis*. Los cocos gram positivos, como enterococo, *staphylococcus saprophyticus* y *streptococcus agalactia*, se aíslan en menor porcentaje. Un urocultivo con desarrollo de *Streptococo Hemolítico Grupo B* (EGB) es indicador del alto nivel de colonización materna. Se debe realizar un urocultivo entre las 12 y 16 semanas de gestación, independientemente de sus antecedentes.

Las infecciones urinarias en la embarazada se presentan en tres formas clínicas:

1. Bacteriuria asintomática
2. Cistitis (disuria, tenesmo vesical y/o incontinencia)
3. Pielonefritis aguda ( fiebre, dolor lumbar, disuria, náuseas y/o vómitos). (43)



## 18. INMUNIZACIÓN EN EL EMBARAZO

La inmunización en la madre embarazada puede ser una oportunidad de prevenir enfermedades infecciosas, las vacunas inactivadas dadas en el tercer trimestre del embarazo no han mostrado riesgo para la madre o su producto.

### **18.1. Vacunación Antitetánica**

La mujer gestante debe recibir la vacuna antitetánica por lo menos dos veces en el periodo de gestación. Tres dosis de Toxoide Tetánico (TT) o Difteria Tétanos (DT)

- Primera dosis entre las 20 y 24 semanas.
- Segunda dosis entre las 26 y 32 semanas, respetando un intervalo mínimo de cuatro semanas entre la primer y segunda dosis y al menos seis meses entre la segunda y la tercera.

### **18.2. Otras Vacunas Durante el Embarazo**

- *Vacuna de Influenza (Antigripal)*: Debe ser administrada a todas las mujeres embarazadas, en cualquier trimestre de la gestación y durante los seis primeros meses del puerperio.
- *Hepatitis A*: En caso de riesgo epidemiológico se administrara la vacuna durante el embarazo. El esquema completo son 2 dosis separadas por 6 meses como mínimo entre cada dosis
- *Hepatitis B*: Se realizaran las gestantes una 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. (44)



## 19. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PARA EVALUAR LA SALUD FETAL

### **19.1. Ecografía Obstétrica**

La OMS y el Ministerio de Sanidad a través de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva recomiendan hacer entre dos y tres ecografías en situaciones de evolución normal del embarazo, una por trimestre durante la gestación. La primera entre la semana 11 y 14, la segunda entre la semana 20 y 22, y la tercera en la semana 30.

El ultrasonido en el cuidado prenatal permite los siguientes diagnósticos:

- Confirmación de la fecha de parto cuando la ecografía se realiza antes de las 20 semanas
- Evaluación de la fecha de parto cuando la amenorrea no es confiable.
- Malformaciones fetales
- Placenta previa
- Embarazo múltiple
- Alteración de la cantidad del líquido amniótico
- Sospecha de algunas enfermedades cromosómicas
- Muerte fetal
- Embarazo ectópico
- Mola
- Retardo de crecimiento intrauterino
- Macrosomía. (45)

“Exploración ecográfica y diagnóstico prenatal Cronología del seguimiento ecográfico” de España (Whitworth, 2010), manifiesta que la realización de una exploración ecográfica antes de las 24 semanas mejora la detección de embarazos múltiples, anomalías fetales y mejora la datación de la edad gestacional, lo que podría resultar en una menor tasa de inducción al parto



postérmino. La realización de una exploración ecográfica rutinaria después de las 24 semanas no ha mostrado un beneficio en los resultados de las gestantes o los recién nacidos, y podría asociarse a una mayor tasa de cesáreas.

En Berlín el estudio, titulado “Detección de la espina bífida” respaldado por la división Consumer Health de Merck, compañía químico farmacéutica alemana, ha señalado que nuevos marcadores pueden detectar la espina bífida abierta del feto en una fase mucho más temprana a la actual, durante la ecografía del primer trimestre es decir entre las semanas 11 y 13. (46)

## **19.2. Monitoreo Fetal**

El Monitoreo Fetal Electrónico puede ser utilizado en el período anteparto e intraparto y deberá tener en cuenta:

1. *Línea de base*: se considera línea de base normal cuando la FCF oscila entre 110 a 160 latidos por minuto.
2. *Variabilidad*: se define como fluctuaciones irregulares en la línea de base de la frecuencia cardiaca fetal con una amplitud de más de 10 minutos. La variabilidad se puede describir por medio de cuatro definiciones:
  - *Ausente*: la amplitud del rango de la FCF es indetectable.
  - *Mínima*: el rango de amplitud de la FCF es detectable, pero inferior o igual a 5 latidos por minuto.
  - *Moderada*: el rango de amplitud de la FCF va de 6 a 25 latidos por minuto.
  - *Marcada*: el rango de amplitud de la FCF es superior a 25 latidos por minuto.
3. *Aceleraciones*: las aceleraciones de la FCF son claramente visibles y se caracterizan como un brusco aumento o desviación hacia arriba de la línea de base de la FCF. El pico de la aceleración debe ser mayor o igual a 15 latidos por minuto y el tiempo desde el inicio para volver a su estado básico debe ser mayor o igual a 15 segundos.



4. *Desaceleraciones*: es la disminución y el retorno de la FCF al valor de referencia asociado o no con una contracción uterina.

La presencia de un patrón normal (Frecuencia Cardiaca Basal entre 110 y 160 latidos por minuto; variabilidad de la frecuencia de base; ascensos de la FCF y ausencia de caídas transitorias de la FCF –dips–) le brinda al profesional tranquilidad, apoyo y seguridad en el momento de su realización. (47)

## 20. EXÁMENES DE LABORATORIO

### **20.1. Examen de Orina**

#### **20.1.1. Examen general de orina**

Durante la gestación normal se produce un aumento del volumen renal y una dilatación de los uréteres, al disminuir el tono del músculo liso. Esto facilita la estasis urinaria. Por ello se debe realizar durante cada consulta prenatal este análisis que detecta los niveles de azúcar y proteína. Los niveles elevados de azúcar pueden ser un indicio de diabetes. La presencia de proteína en la orina puede indicar que hay una infección de las vías urinarias o una enfermedad de los riñones. La presencia de proteínas en la orina en el último trimestre del embarazo puede ser un indicador de preeclampsia (enfermedad hipertensiva del embarazo).

#### **20.1.2. Urocultivo.**

Cuando la incidencia de infecciones urinarias en el embarazo es alta y aumenta la posibilidad de tener un parto prematuro. Sirve para determinar la cantidad de gérmenes y el tipo de bacteria contenida en ella. El tratamiento será con antibióticos.

*Interpretación de resultados.*

- *Densidad*: indica la cantidad de sólidos en la orina, que varía entre 1010 a 1025, también se muestra el consumo excesivo de líquidos.



- *Proteinuria*: durante el embarazo debe definirse como la presencia de proteínas por encima de 0.3g/día, en la orina recolectada en las 24 horas; el análisis mediante tiras reactivas presenta muchos falsos positivos debido al alto grado de contaminación con secreciones vaginales.
- *Urea, creatinina, ácido úrico, plaquetas y orina*: se valora que hay un aumento de flujo sanguíneo y plasmático de 200 a 300 y hasta 800 a 1400 cc/min y estos descienden hasta el final del embarazo.
- *Filtración glomerular*: aumenta hasta 140 cc/min, esto incrementa la depuración de urea, creatinina y ácido úrico.
- *Agua y sodio*: aumenta la filtración al inicio del embarazo, luego disminuye progresivamente. En casos patológicos pueden aparecer glucosuria y edemas. La filtración glomerular depende de la posición que adopte la gestante.

## **20.2. Examen de Sangre**

### **20.2.1. Biometría hemática.**

Para medir los componentes de la sangre y descartar la anemia. Revela el estado de salud de la mujer embarazada, como la anemia y diversas infecciones. Debe realizarse en cuanto se diagnostique el embarazo y al inicio del segundo y tercer trimestres. Se analizan los glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas, permitiendo observar cambios importantes que, normalmente, se van produciendo en la sangre materna o a lo largo del embarazo, y además evita oportunamente problemas que pudieran ocasionar complicaciones del embarazo.

### **20.2.2. Cuantificación de hormona Gonadotrofina Coriónica (HGC)**

Para confirmar el embarazo de la mujer.



### 20.2.3. Química Sanguínea de 4 elementos

Detecta alteraciones en los niveles de glucosa, urea, creatinina y ácido úrico, relacionados con el metabolismo de las proteínas y la digestión de los carbohidratos. Se realiza una vez al inicio del primer trimestre, otro durante el segundo trimestre y uno más en el tercer trimestre. Permite detectar oportunamente alteraciones metabólicas, controlar padecimientos como la diabetes gestacional y prevenir complicaciones del embarazo.

### 20.2.4. Determinación del Grupo Sanguíneo y Factor RH

Durante el embarazo hay que determinar el grupo sanguíneo y factor Rh de la gestante, esto se realiza mediante un “SCREENING” de anticuerpos irregulares.

1. *El grupo sanguíneo ABO:* se identifica por la presencia o ausencia de 2 antígenos diferentes A o B sobre la superficie del Hematócito. De esta forma se obtienen los 4 tipos básicos de sangre: A, B, AB y O (cero).
1. *El tipo AB:* indica la presencia de 2 antígenos y el tipo “O” se caracteriza por la ausencia de ambos. En el plasma de la sangre de tipo “O” pueden encontrarse los anticuerpos correspondientes o aglutininas anti- A y anti-B.
2. *Los componentes plasmáticos de la sangre de tipo A y de tipo B:* carecen respectivamente de las aglutininas anti – A y anti – B y en el plasma de la sangre de tipo AB faltan las 2 aglutininas.
3. *Factor Rh:* Aquellas personas que poseen el factor Rh se designan como Rh positivas y las que no Rh negativas. Cuando el antígeno Rh se introduce en los tejidos o en la sangre de un individuo Rh – negativo esta se sensibiliza al antígeno y produce anticuerpos bloqueadores o aglutinantes, estos hemolizarán a los eritrocitos que contengan anticuerpos Rh, tanto invitro como en vivo.

La determinación del grupo sanguíneo y el factor Rh durante el embarazo es de suma importancia, debido a que la incompatibilidad Rh es la causa más grave de



eritroblastosis que afecta al feto y al recién nacido, se manifiesta por anemia hemolítica y eritropoyesis compensatoria; esta patología se da por la presencia de isoanticuerpos maternos. La incompatibilidad entre madre y feto es el resultado de una transferencia pasiva de anticuerpos hemolíticos de ella al producto en los últimos meses del embarazo.

#### **20.2.5. Prueba de VDRL**

Es un estudio que se realiza en sangre y detecta enfermedades venéreas, principalmente sífilis. Se hace una sola vez apenas se diagnostique el embarazo.

#### **20.2.6. Prueba de VIH**

Es un virus que ataca a ciertas células del sistema inmunitario del organismo y produce el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), hay probabilidad de que transmita al hijo, pero se puede recibir medicamentos para reducir en gran medida este riesgo. (48)

### **20.3. Alteraciones del Volumen del Líquido Amniótico**

Las alteraciones cuantitativas del volumen de líquido amniótico constituyen un factor de alto riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal.

#### **20.3.1. Polihidramnios**

El volumen de líquido amniótico es superior a 2000 mililitros para el final de la gestación y puede presentarse como:

- *Polihidramnios crónico*: ocurre en forma gradual durante semanas o meses, se caracteriza por aumento excesivo de la altura uterina, aumento de la cinética fetal, disnea, cansancio a medianos o pequeños esfuerzos y sensación de “tensión abdominal” asociándose a anomalías fetales.
- *Polihidramnios agudo*: es de aparición repentina, produciendo exacerbación clínica de la sintomatología y permitiendo así el diagnóstico más precoz.

51



Presentándose estados de “hiperplacentación” y de aumento de superficie corporal fetal que se presentan en casos de fetos macrosómicos, pacientes diabéticas o embarazos gemelares, isoimunización Rh e hidropesía fetal no inmunológica; también en los casos de fetos con defectos del tubo neural o con anomalías del tracto gastrointestinal.

#### **20.3.2. Oligohidramnios**

Es la disminución de la cantidad esperada de líquido amniótico para una determinada edad gestacional; se puede sospechar cuando hay una altura uterina disminuida, con una palpación extremadamente fácil de las partes fetales. Este hallazgo debe ser siempre confirmado con ultrasonografía. Se asocia a rotura prematura de las membranas ovulares, retardo del crecimiento fetal, hipoxia fetal crónica y malformaciones congénitas como la agenesia renal. (49)



## **CAPÍTULO III**

### **3. MARCO REFERENCIAL DE LA INSTITUCIÓN**

#### **3.1. Datos Generales**

*Provincia:* Azuay

*Cantón:* Cuenca

*Ciudad:* Cuenca

*Parroquia:* Ricaurte

*Tipo de Institución:* Pública - Sub centro de Salud de Ricaurte

#### **3.2. Ubicación de La Parroquia**

La Parroquia Ricaurte se encuentra ubicada al noroeste de la Ciudad de Cuenca en la Provincia del Azuay, Ecuador. Su cercanía a la ciudad de Cuenca incide notablemente en su territorio, siendo considerado en gran parte de su extensión como área de expansión urbana. Su centro parroquial igualmente colinda con el área urbana

#### **3.3. Ubicación Geográfica**

*Ubicación del Sub Centro de Salud:* Se encuentra ubicado en la comunidad Isaac Chico.

**Tabla N° 1**

Distribución de la población de la parroquia Ricaurte por comunidades o barrios, población y área. Año 2010.

COMUNIDAD O BARRIO	Población (2010)	% Población	Área (Ha.)	% Área
<b>Centro Parroquial</b>	2581	13,33	22,39	1,64
<b>Isaac Chico</b>	855	4,42	19,13	1,40
<b>La Asunción</b>	814	4,20	15,49	1,14
<b>La Dolorosa</b>	799	4,13	133,54	9,79
<b>Simón Bolívar</b>	734	3,79	25,73	1,89
<b>Huajibamba la Merced</b>	709	3,66	157,53	11,54
<b>El Estadio</b>	679	3,51	12,06	0,88
<b>El Arenal</b>	671	3,47	53,09	3,89
<b>Molino Pamba Bajo</b>	660	3,41	62,59	4,59
<b>La Paz</b>	646	3,34	4,62	0,34
<b>La Y</b>	626	3,23	6,12	0,45
<b>Molino Pamba Alto</b>	581	3,00	59,65	4,37
<b>El Quinche</b>	557	2,88	48,4	3,55
<b>El Cisne</b>	557	2,88	15,34	1,12
<b>San Antonio</b>	555	2,87	21,76	1,59
<b>Miguel Cordero</b>	552	2,85	79,74	5,84
<b>Buena Esperanza</b>	536	2,77	24,37	1,79
<b>Corazón de Jesús</b>	515	2,66	37,74	2,77
<b>El Ejecutivo</b>	464	2,40	3,92	0,29
<b>San Francisco</b>	444	2,29	15,93	1,17
<b>Perpetuo Socorro</b>	443	2,29	30,32	2,22
<b>Santa María Reina</b>	432	2,23	46,27	3,39



<b>La Unión</b>	431	2,23	35,87	2,63
<b>Señor de Burgos</b>	369	1,91	10,23	0,75
<b>El Progreso</b>	353	1,82	12,01	0,88
<b>María Auxiliadora</b>	336	1,74	144,82	10,61
<b>Jesús del Gran Poder</b>	328	1,69	7,29	0,53
<b>La Florida</b>	320	1,65	32,73	2,40
<b>La Dolorosa Loma de Machángara</b>	296	1,53	7,88	0,58
<b>Virgen de la Nube</b>	291	1,50	25,82	1,89
<b>San Martín</b>	268	1,38	25,15	1,84
<b>Santa Marianita</b>	222	1,15	25,24	1,85
<b>San Miguel Los Ángeles</b>	220	1,14	43,37	3,18
<b>Flor del Camino</b>	168	0,87	55,77	4,09
<b>San Jacinto</b>	154	0,80	32,84	2,41
<b>Los Pinos</b>	139	0,72	6,26	0,46
<b>El Carmen de Sidcay</b>	56	0,29	3,71	0,27
<b>TOTAL</b>	19361	100,00	1364,7	100,00

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC -2010

Autoras: Paulina Pintado y Norma Pinguil

### **3.4. Ubicación Geográfica del SCS Ricaurte**

*Límites:*

*Norte:* Con el Arenal

*Sur:* Con el Centro Parroquial

*Este:* Con el Cisne

*Oeste:* Con la Florida de Paz



*Condiciones que rodean a la Institución*

*Infraestructura Sanitaria:* Está rodeada por carreteras de tierra que son las únicas vías de acceso, las cuales se encuentran en regular estado, con la presencia de polvo o barro en el verano e invierno, respectivamente.

Está construido con ladrillo y actualmente se encuentra en buenas condiciones.

#### **4. DATOS HISTÓRICOS**

El Subcentro de Salud de Ricaurte prestó sus servicios por primera vez el 15 de Septiembre de 1977 y funcionó por primera vez en donde es ahora la Tenencia Política de la parroquia. En ese entonces, laboraron como Médicos Rurales los Doctores Carlos Rojas, Rubén Ordóñez y Alberto Tamariz y como Auxiliar de Enfermería la Señora Blanca Chacha. Luego de cinco años, por gestiones realizadas entre el Ministerio de Salud, el Sr. Carlos Simbaña y autoridades de la parroquia, se logró construir el local propio en donde funciona el Subcentro de Salud desde el año de 1986.

Desde hace 18 años el Subcentro empieza a laborar bajo el modelo de atención de Salud Familiar y Comunitaria, para lo cual se integró un médico con nombramiento, con la finalidad de dar continuidad y permanencia en la atención. Así es al pasar el tiempo integran nuevo personal de salud y se conforman equipos de salud, de acuerdo al número de habitantes se integran cada vez más un equipo de salud completo, (un médico, una enfermera, un odontólogo, un laboratorista, etc.) es por eso que se realizan programas y proyectos, todas estas gestiones por la dirección y el comité de salud.



## 5. MISIÓN Y VISIÓN DE LA INSTITUCIÓN.

### *Misión*

El Subcentro de Salud Ricaurte brinda servicios de atención primaria de salud con calidad calidez eficacia y eficiencia, con equidad de acuerdo al Modelo de Salud dirigido al individuo a la familia y comunidad, que propenda a satisfacer sus necesidades para el bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida.

### *Visión*

Que la comunidad reciba atención integral primaria de salud, con calidad calidez eficacia, eficiencia y equidad.

## 6. SITUACIÓN ACTUAL.

Tabla N°2.

Estructura Organizacional del Personal de Salud

DEPARTAMENTO	NÚMERO	TOTAL
Medicina	5	5
Enfermería	5	5
Odontología	3	3
Estadística	2	2
Laboratorio	2	2
Bodega	1	1
Farmacia	1	1

Fuente: Subcentro de Salud de Ricaurte

Autoras: Paulina Pintado y Norma Pinguil



## 7. PROGRAMAS Y PROYECTOS QUE SE MANEJAN DENTRO DEL CENTRO DE SALUD.

Se ejecutan acciones integrales de ATENCION PRIMARIA BASICA orientadas a enfrentar los problemas más frecuentes de la salud de la población, priorizando la atención de tipo preventiva en Medicina, Odontología y además cuenta con Laboratorio Clínico.

Los servicios y programas que se encuentra brindando son los siguientes:

### **7.1. Programa de Maternidad Gratuita**

El programa cubre los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y complementarios del conjunto de prestaciones que establece la ley para la atención de mujeres y niños-as menores de cinco años, garantizando la coordinación con las instancias del Ministerio de Salud

El programa de maternidad gratuita brinda atención integral tanto preventiva como curativa por ciclos de vida de la mujer y niños en todas las esferas, además de los distintos espacios de la salud sexual y reproductiva: regulación de la fecundidad, control prenatal, atención del parto y detección oportuna de cáncer.

#### **7.1.1. Control Prenatal**

- Captación temprana
- Controles periódicos
- Atención integral
- Enfoque de riesgo
- Exámenes de sangre
- Ecografía obstétrica
- Vacunación
- Examen odontológico.
- Alimentación complementaria
- Medicación



#### **7.1.2. Atención Postparto**

- Control de signos vitales
- Condiciones de mamas pezón (grietas)
- Altura y consistencia uterina
- Genitales externos - hematomas episiorrafias y aseo perineal
- Características y cantidad de loquios
- Edema de extremidades inferiores

#### **7.1.3. Atención de Planificación Familiar**

- Educación sobre los métodos de planificación familiar
- Informar sobre métodos anticonceptivos existentes
- Contraindicaciones, ventajas y desventajas
- Ofrecer varias alternativas.
- Selección final del método guiada por el profesional de acuerdo con la pareja o usuaria

#### **7.1.4. Detección Oportuna del Cáncer Ginecológico**

PAP: (Prueba de Papanicolaou) es un examen, cuyo fin es detectar en forma temprana anomalías del cuello de útero que posteriormente pueden llegar a convertirse en cáncer.

DOC: Toma de la muestra de Papanicolaou y exploración de glándula mamaria

#### **7.2. Atención del Menor de un Año**

- Anamnesis
- Encuesta alimentaria
- Examen Físico
- Valoración del desarrollo psicomotor



- *Antropometría:* peso, talla, perímetro cefálico, identificar el estado nutricional del infante
- Inmunizaciones
- Motivación familiar y comunitaria.

### **7.3. Atención a los Pre-escolares (1-4 años) y Escolares (5-14 años)**

- Anamnesis
- Examen Físico general
- Evaluación del crecimiento y estado nutricional
- Evaluación del desarrollo psicomotor
- Determinación de agudeza visual y diagnóstico de estrabismo o cualquier otra patología ocular
- Determinación de agudeza auditiva
- Estado y control de salud bucal
- Vacunación
- Atención y tratamiento de enfermedades intercurrentes
- Referencia de casos especiales al HVC

### **7.4. Atención al Adolescente**

- Inmunizaciones
- Atención de enfermedades intercurrentes
- Educación sexual
- Referencia para apoyo y tratamiento psicológico
- Atención odontológica.



### **7.5. Programa de Control de Tuberculosis**

#### *Estrategia de DOTS o TAES*

El núcleo de la estrategia Alto a la TB, el programa DOTS o TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado) están generando excelentes resultados en el control de la tuberculosis. Actualmente en el SCS de Ricaurte existen 5 casos de TB, con lo cual este organismo se relaciona directamente con el DOT.

### **7.6. Atención al Adulto Mayor**

El objetivo general del programa es lograr que el personal multidisciplinario que atiende a las personas adultas mayores conozcan, analicen y aborden el proceso de envejecimiento natural de la población, dentro de sus características de morbilidad, fragilidad y dependencia, a fin de contribuir a alargar los años de independencia funcional, autonomía mental y mejorar su calidad de vida.

Busca desarrollar e implementar el enfoque continuo, asistencial y progresivo, en los niveles de atención.

### **7.7. Atención Odontológica**

- Priorización de Personas Embarazadas
- Atención en Establecimientos Escolares
- Fluorización en Visitas Domiciliarias.

### **7.8. Mitigación, Prevención y Atención de Emergencias**

El objetivo principal del programa es responder de manera adecuada, eficaz y oportuna a las diversas circunstancias y emergentes a nivel de la unidad de atención en salud comunitaria.



### **7.9. Salud Ambiental**

Busca disminuir los problemas de salud o patologías de la población, asociados a la exposición de riesgos ambientales.

*Líneas de acción:*

- Vigilancia epidemiológica en salud ambiental
- Promoción de ambientes laborales saludables y evaluación de riesgos ocupacionales
- Manejo adecuado de sustancias químicas, con énfasis en plaguicidas.
- Vigilancia de la calidad de agua para consumo humano y promoción de tecnologías alternativas para la desinfección de agua a niveles domiciliarios de zonas urbanas – marginales. (50)



## CAPÍTULO IV

### 4. OBJETIVOS

#### **4.1. Objetivo General**

- Establecer el cumplimiento de las normas materno neonatales del Ministerio de Salud Pública en el control prenatal por parte de las embarazadas que acuden al Subcentro de Salud de Ricaurte periodo enero – julio 2015.

#### **4.2. Objetivos Específicos**

- Determinar las características demográficas de las embarazadas que acuden al Subcentro de Salud de Ricaurte periodo enero- julio 2015.
- Identificar las acciones del control prenatal, encaminadas a la vigilancia del embarazo durante la etapa gestacional para el binomio madre hija/o.
- Analizar el cumplimiento del panel de control prenatal de las gestantes del SCS de Ricaurte, como son: Grupo sanguíneo, Urocultivo, VDRL, HIV, Hematocrito, Glicemia, Albuminuria, examen del VIH, Papanicolaou, Ecografía, y el aporte de micronutrientes.
- Identificar el conocimiento de los signos de alarma y complicaciones que pueden presentar la gestante.



## CAPÍTULO V

### **5. DISEÑO METODOLÓGICO**

**5.1. Tipo de estudio:** Es una investigación cualitativa y cuantitativa, el tipo de estudio será descriptivo.

**5.2. Área de estudio:** Esta investigación se llevó a cabo en el Subcentro de Salud de Ricaurte.

**5.3. Muestra y Universo:** La población en el presente estudio está conformada por 70 embarazadas que acuden a control durante el periodo de enero- julio del 2015.

**5.4. Criterios de Inclusión:** Embarazadas que acuden a los controles en el Subcentro de salud de Ricaurte, durante el periodo de enero a julio del 2015

**5.5. Criterios de Exclusión:** Embarazadas que no se encuentra dentro del periodo establecido y que no desean participar.

### **6. VARIABLES**

#### **6.1. Variable Independiente**

- Normas Materno Neonatales

#### **6.2. Variables Dependientes**

- Identificar factores socioeconómicos, ambientales y culturales

#### **6.3. Variable Interviniente**

- Identificar el cumplimiento de las normas materno neonatales del MSP por parte de las embarazadas que acuden al subcentro de salud de Ricaurte.
- *Personal médico:* Ginecólogo, Pediatra.



- Personal de Enfermería.

#### 6.4. Variable de Control

Analizar el cumplimiento del panel de control prenatal de las gestantes del SCS de Ricaurte, como son: Grupo sanguíneo, Urocultivo, VDRL, HIV, Hematocrito, Glicemia, Albuminuria, examen del VIH, Papanicolaou, Ecografía, y el aporte de micronutrientes.

### 7. MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

#### 7.1. Métodos

Este estudio incluye el método descriptivo, el cual nos permitió establecer el cumplimiento de las normas materno neonatales del Ministerio de Salud Pública en el control prenatal por parte de las embarazadas que acuden al Subcentro de Salud de Ricaurte periodo enero – julio del 2015.

#### 7.2. Técnicas

*Las Técnicas que se utilizaron son:*

- *Entrevista:* realizamos una plática con las embarazadas sobre el control prenatal y el conocimiento del mismo.
- *Observación:* Se observaron detalles que fueron de utilidad durante nuestra investigación
- *Revisión Bibliográfica:* se revisaron estudios relacionados con el tema.

#### 7.3. Instrumentos

El instrumento que se utilizó fue el formulario de preguntas elaborado por las autoras. (Anexo 2).



## 8. PROCEDIMIENTOS

**8.1. Autorizaciones Requeridas:** Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería, Director y Asesora de tesis, y Director del Subcentro de Salud Ricaurte.

**8.2. Capacitación:** la misma fue mediante la revisión bibliográfica.

**8.3. Supervisión:** Director de la tesis. Dr. Jaime Patricio Idrovo Uriguen y asesora de tesis Lcda. Marcia Beatriz Peñafiel Peñafiel.

**8.4. Plan de Tabulación y Análisis:** Los formularios fueron ingresados en una base de datos en SPSS. También utilizamos el programa Microsoft Excel 2014 y Microsoft Office Word que es un procesador de texto con el respectivo análisis de la problemática.

**8. 5. Aspectos Éticos:** Toda la información que se recopilo sirvió para uso en la investigación y no serán divulgados los resultados, siendo el formulario de recolección de datos anónimo, disponible para su revisión por parte de las autoridades de la Universidad o del Subcentro de Salud de Ricaurte.

## 9. RECURSOS

**9.1. Recursos humanos:** Autoras de la tesis.

**9.2. Recursos Materiales**

*Material:* Computadora, impresora, papel, esferos.

*Recolección de datos:* formulario de preguntas.



## **CAPÍTULO VI**

### **6. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Se estudió a una población de 70 mujeres embarazadas que acudieron a los controles prenatales, en el Subcentro de Salud de Ricaurte, durante el periodo de enero-julio del 2015. Para ello se consiguió información con el formulario de recolección de datos y el respectivo consentimiento autorizado por las gestantes.

Los datos obtenidos los clasificamos de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación y las variables, interpretando el análisis en tablas y gráficos; aunque cabe señalar que el análisis de los gráficos solo se observará en determinadas variables debido al cruce de las mismas y porque el sistema o programa que se utilizó no nos permitió construir los mismos. Sin embargo, nuestra investigación lo interpretamos mediante la presentación en las respectivas tablas.



### 6.1. Aspectos Socioculturales

TABLA N° 1.

Distribución de 70 mujeres embarazadas que acudieron al Subcentro de Salud de Ricaurte, durante el período de enero-julio del 2015. Según edad y estado civil. Cuenca 2015.

EDAD DE LAS GESTANTES	ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES				TOTAL
	Casada	Soltera	Unión Libre	Otros	
16 a 18 años	5	9	6	0	20
	7,1%	12,9%	8,6%	0,0%	28,6%
19 a 34 años	23	13	8	1	45
	32,9%	18,6%	11,4%	1,4%	64,3%
Mayor a 35 años	5	0	0	0	5
	7,1%	0,0%	0,0%	0,0%	7,1%
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>22</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>70</b>
	47,1%	31,4%	20,0%	1,4%	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Mariela Pintado, Norma Pinguil

**ANÁLISIS:** De la población de estudio el 64% se encuentra dentro de la edad de adultas jóvenes entre los 19 a 34 años, el 28.6% son adolescentes y en menor porcentaje se evidencia que el 7.1 % son mayores a 35 años; también podemos observar en nuestra población que el mayor porcentaje 47.1% son casadas, el 31.4% son madres solteras, el 20% se encuentran en unión libre y una minoría, el 1.4% de gestantes se desconoce el estado civil.

**TABLA N° 2.**

Distribución de 70 mujeres embarazadas que acudieron al Subcentro de Salud de Ricaurte, durante el período de enero-julio del 2015, según ocupación y nivel de instrucción, Cuenca 2015.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN DE LAS GESTANTES				TOTAL
	Empleada Pública	Empleada Privada	Ama de casa	Otros	
<b>Primaria</b>	0	3	10	1	14
<b>Completa</b>	0,0%	4,3%	14,3%	1,4%	20,0%
<b>Secundaria</b>	0	1	14	6	21
<b>Incompleta</b>	0,0%	1,4%	20,0%	8,6%	30,0%
<b>Secundaria</b>	1	5	18	5	29
<b>Completa</b>	1,4%	7,1%	25,7%	7,1%	41,4%
<b>Superior</b>	1	0	0	5	6
	1,4%	0,0%	0,0%	7,1%	8,6%
<b>TOTAL</b>	2	9	42	17	70
	2,9%	12,9%	60,0%	24,3%	100,0%

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Mariela Pintado, Norma Pinguil

**ANÁLISIS:** en la tabla podemos observar que el mayor porcentaje: 60.0% son amas de casa, y que del 41.4% el nivel de instrucción es de secundaria completa; en una minoría, el 12.9% son empleadas privadas y el 2.9% son empleadas públicas pudiendo observar al mismo tiempo que solo el 8.6% de la población de estudio tienen un nivel de instrucción superior.



## TABLA N° 3.

Distribución de 70 mujeres embarazadas que acudieron al Subcentro de Salud de Ricaurte, durante el período de enero-julio del 2015 según ocupación e ingresos económicos, Cuenca 2015.

OCUPACIÓN DE LAS GESTANTES	INGRESOS ECONÓMICOS			TOTAL
	Buena	Regular	Mala	
Empleada	2	0	0	2
Pública	2,9%	0,0%	0,0%	2,9%
Empleada	2	7	0	9
Privada	2,9%	10,0%	0,0%	12,9%
Ama de casa	13	28	1	42
	18,6%	40,0%	1,4%	60,0%
Otros	9	8	0	17
	12,9%	11,4%	0,0%	24,3%
TOTAL	26	43	1	70
	37,1%	61,4%	1,4%	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Mariela Pintado, Norma Pinguiil.

**ANÁLISIS:** En la tabla podemos observar que el 61.4% de las gestantes sus ingresos económicos son regulares, evidenciándose al mismo tiempo que el 60% de las gestantes son amas de casa; en una minoría el 1.4% de gestantes tienen ingresos económicos malos con el 2.9% de empleadas públicas.



## TABLA N° 4

Distribución de 70 mujeres embarazadas que acudieron al Subcentro de Salud de Ricaurte, durante el período de enero-julio del 2015, según la ubicación de las viviendas de las gestantes y su nivel de instrucción, Cuenca 2015.

UBICACIÓN DE VIVIENDA DE LAS GESTANTES	NIVEL DE LA GESTANTES	INSTRUCCIÓN DE LAS				TOTAL
		Primaria	Secundaria	Secundaria	Superior	
		Completa	Incompleta	Completa		
Urbano		9	14	20	2	45
		12,9%	20,0%	28,6%	2,9%	64,3%
Rural		5	7	9	4	25
		7,1%	10,0%	12,9%	5,7%	35,7%
<b>TOTAL</b>		<b>14</b>	<b>21</b>	<b>29</b>	<b>6</b>	<b>70</b>
		20,0%	30,0%	41,4%	8,6%	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Mariela Pintado, Norma Pinguil.

**ANÁLISIS:** De la población de estudio podemos observar que el 64.3% de gestantes viven en una área urbana, de las cuales el 41.4% en su mayoría tienen la secundaria completa; el 35% de gestantes viven en una área rural y en su minoría solo el 8.6% tiene una educación superior. Así mismo podemos observar que el 20% tienen primaria completa.



## 6.2. Acciones del Control Prenatal

Encaminadas a la vigilancia del embarazo durante la etapa gestacional para el binomio madre hijo/a.

**TABLA N° 5.**

Distribución de 70 mujeres embarazadas que acudieron al Subcentro de Salud de Ricaurte, durante el período de enero-julio del 2015, según la ubicación de las viviendas de las gestantes y la edad gestación, a la que acudieron a su primer control prenatal. Cuenca 2015.

ACUDIÓ AL CONTROL PRENATAL	A QUÉ EDAD UBICACIÓN DE LA VIVIENDA TOTAL GESTACIONAL DE LAS GESTANTES		
	Urbano	Rural	
Antes de las 20 semanas	38 54,3%	16 22,9%	54 77,1%
Entre las 22 y 24 semanas	6 8,6%	8 11,4%	14 20,0%
Entre las 26 y 28 semanas	1 1,4%	1 1,4%	2 2,9%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b> <b>64,3%</b>	<b>25</b> <b>35,7%</b>	<b>70</b> <b>100,0%</b>

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Mariela Pintado, Norma Pinguil



**ANÁLISIS:** El mayor porcentaje de gestantes del estudio, es decir, el 77.1% acudieron a su primer control antes de las 20 semanas, de las cuales, el 64.3% viven en una área urbana; una minoría, el 2.9% de gestantes acudieron a su primer control prenatal entre las semanas 26 y 28 de embarazo observándose al mismo tiempo que el 35.7% de gestantes viven en el área rural.

**TABLA N° 6.**

Distribución de 70 mujeres embarazadas que acudieron al Subcentro de Salud de Ricaurte, durante el período de enero-julio del 2015, según la asistencia a los controles y el número de controles realizados durante el embarazo. Cuenca 2015.

ACUDE REGULARMENTE A CONTROLES	LOS	A CUANTOS CONTROLES ACUDIÓ			TOTAL
		Menos de 5 Controles	De 5 a 9 controles	Más de 10 controles	
Si		42	25	3	70
		60,0%	35,7%	4,3%	100,0%
<b>TOTAL</b>		42	25	3	70
		60,0%	35,7%	4,3%	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Mariela Pintado, Norma Pinguil.

**ANÁLISIS:** De la población de estudio, el 100% de embarazadas mencionan que acuden regularmente a los controles, pero observamos que en un mayor porcentaje, el 60.0% de gestantes acudieron a menos de 5 controles, el 35.7% de 5 a 9 controles y en una minoría, el 4.3% a más de 10 controles.

**TABLA N° 7.**

Distribución de 70 mujeres embarazadas que acudieron al Subcentro de Salud de Ricaurte, durante el período de enero-julio del 2015, según la entrega del carnet perinatal y el cumplimiento del mismo. Cuenca 2015.

		LE ENTREGARÓN EL CARNET PERINATAL PARA SEGUIMIENTO DE SU EMBARAZO	LLEVA CADA EL CARNET PERINATAL	CONSIGO CONTROL A TOTAL
		SI	No	
SI		68	0	68
		97,1%	0,0%	97,1%
NO		1	1	2
		1,4%	1,4%	2,9%
NO				
<b>TOTAL</b>		69	1	70
		98,6%	1,4%	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Mariela Pintado, Norma Pinguil

**ANÁLISIS:** El 97.1% de gestantes menciona haber recibido su carnet perinatal durante su control; una minoría, el 2.9% respondió no haberlo recibido; además el 98.6% llevaba consigo el carnet a los controles pero el 1.4% no lo hace.

**TABLA N° 8.**

Distribución de 70 mujeres embarazadas que acudieron al Subcentro de Salud de Ricaurte, durante el período de enero-julio del 2015, según la asistencia a los controles prenatales y la credibilidad de los mismos. Cuenca 2015.

CREE USTED QUE ACUDE		TOTAL
LOS CONTROLES REGULARMENTE A	PRENATALES LE LOS CONTROLES	
PUEDE AYUDAR A	Si	
Si	69	69
	98,6%	98,6%
No	1	1
	1,4%	1,4%
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>70</b>
	100,0%	100,0%

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Mariela Pintado, Norma Pinguil.

**ANÁLISIS:** Del 100% de gestantes que acuden a los controles prenatales, el 98.6% cree que los mismos le pueden ayudar a prevenir complicaciones durante su embarazo, pero una minoría, el 1.4% de gestantes no lo creen así.

**TABLA N° 9.**

Distribución de 70 mujeres embarazadas que acudieron al Subcentro de Salud de Ricaurte, durante el período de enero-julio del 2015, según embarazos anteriores y número de hijos. Cuenca 2015.

USTED TENIDO EMBARAZOS ANTERIORES	HA	NÚMERO DE HIJOS			TOTAL
		1 o 2 hijos	Más de 3 hijos	Ninguno	
Si		27	6	0	33
		38,6%	8,6%	0,0%	47,1%
No		0	2	35	37
		0,0%	2,9%	50,0%	52,9%
Total		27	8	35	70
		38,6%	11,4%	50,0%	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Mariela Pintado, Norma Pinguil

**ANÁLISIS:** Según los antecedentes obstétricos de las gestantes podemos observar en la tabla que del 52.9% tienen su primer embarazo; que el 47.1% de gestantes ya tienen embarazos anteriores y una minoría, el 11.4% tienen más de tres hijos.

**TABLA N° 10.**

Distribución de 70 mujeres embarazadas que acudieron al Subcentro de Salud de Ricaurte, durante el período de enero-julio del 2015, según antecedentes obstétricos. Cuenca 2015.

ABORTOS		PARTO	VAGINAL	TOTAL
ANTERIORES		ANTERIOR		
		Si	No	
<b>Si</b>		3	3	6
		4,3%	4,3%	8,6%
<b>No</b>		20	44	64
		28,6%	62,9%	91,4%
<b>Total</b>		23	47	70
		32,9%	67,1%	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Mariela Pintad, Norma Pinguil.

**ANÁLISIS:** Según los antecedentes obstétricos de la gestante podemos observar en la tabla que el 32.9% de gestantes tiene un parto vaginal anterior y que el 8.6% ha presentado abortos anteriores.

**TABLA N° 11.**

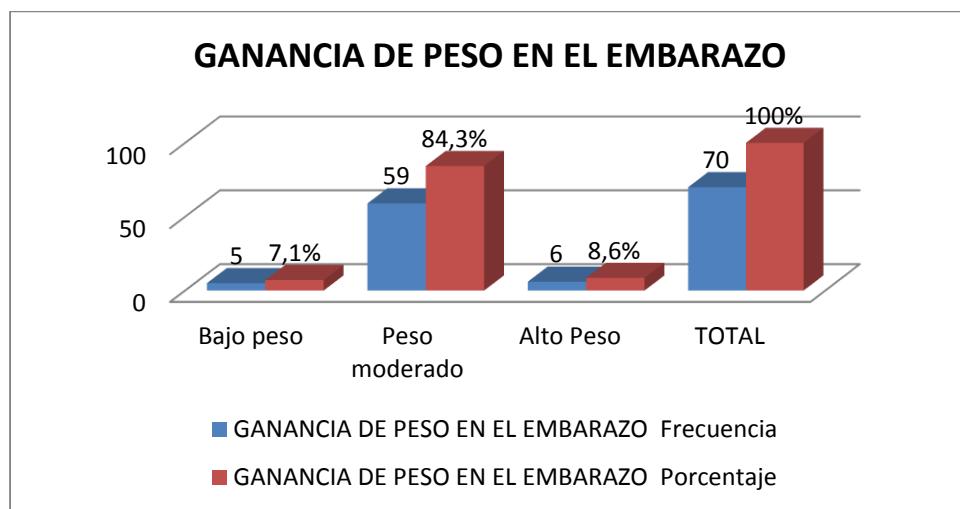
Distribución de 70 mujeres embarazadas que acudieron al Subcentro de Salud de Ricaurte, durante el período de enero-julio del 2015, según la ganancia de peso en el embarazo. Cuenca 2015.

**GANANCIA DE PESO EN EL EMBARAZO**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Bajo peso</b>	5	7,1%
<b>Peso moderado</b>	59	84,3%
<b>Alto Peso</b>	6	8,6%
<b>TOTAL</b>	70	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Mariela Pintado, Norma Pinguil

**GRÁFICO N°11**

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Mariela Pintado, Norma Pinguil



**ANÁLISIS:** En nuestra tabla podemos observar que el mayor porcentaje de gestantes, el 84.3% tienen una ganancia de peso moderado, que una minoría, el 8.6% tiene un aumento de peso alto y el 7.1% de embarazadas una ganancia de peso bajo.

**TABLA N° 12.**

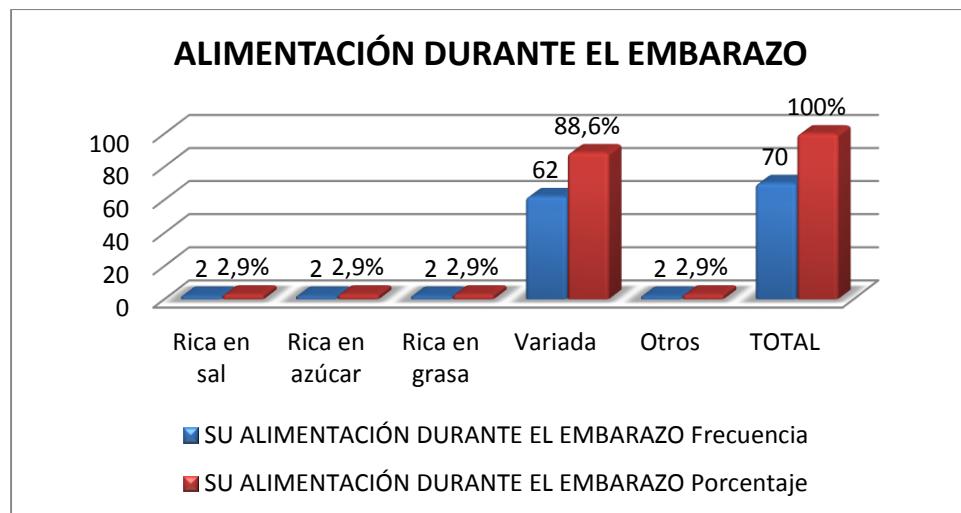
Distribución de 70 mujeres embarazadas que acudieron al Subcentro de Salud de Ricaurte durante el periodo de enero-julio del 2015, según el tipo de alimentación en el embarazo. Cuenca 2015.

**ALIMENTACIÓN DURANTE EL EMBARAZO**

	Frecuencia	Porcentaje
Rica en sal	2	2,9%
Rica en azúcar	2	2,9%
Rica en grasa	2	2,9%
Variada	62	88,6%
Otros	2	2,9%
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Mariela Pintado, Norma Pinguil

**GRÁFICO N° 12**

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Mariela Pintado, Norma Pinguil



**ANÁLISIS:** De la población de estudio se concluye que el 88.6% de gestantes tenían una alimentación variada, mientras el 2.9% tuvieron una alimentación rica en sal, grasa y azucarés.

**TABLA N° 13.**

Distribución de 70 mujeres embarazadas que acudieron al Subcentro de Salud de Ricaurte durante el periodo de enero-julio del 2015, según hábitos durante el embarazo. Cuenca 2015.

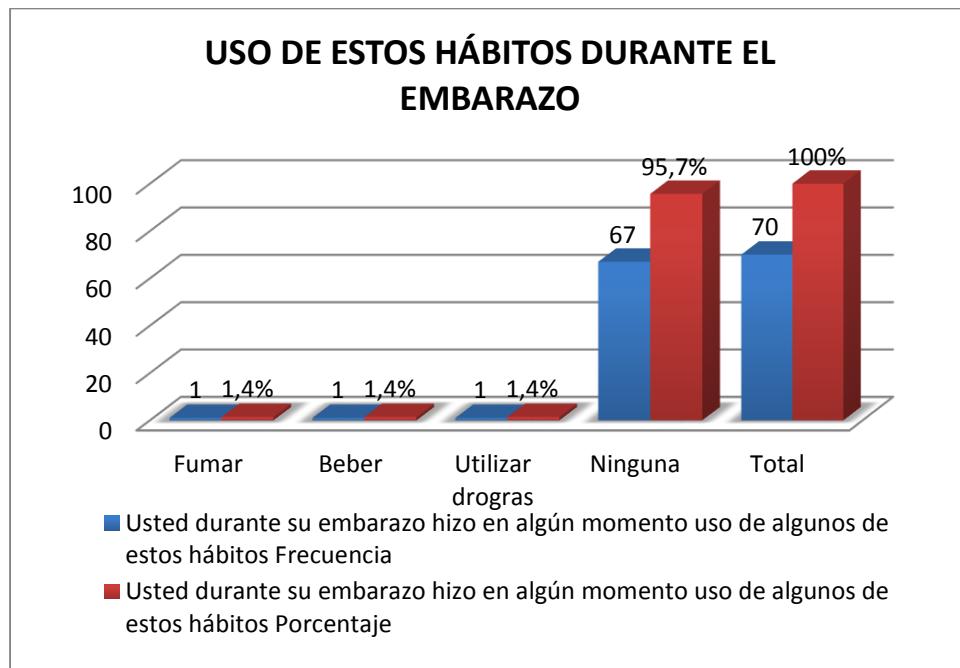
<b>usted durante su embarazo hizo en algún momento uso de algunos de estos hábitos</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Fumar</b>	1	1,4%
<b>Beber</b>	1	1,4%
<b>Utilizar drogas</b>	1	1,4%
<b>Ninguna</b>	67	95,7%
<b>Total</b>	70	100,0%

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Mariela Pintado, Norma Pinguil



## GRÁFICO N° 13



**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Mariela Pintado, Norma Pinguil

**ANÁLISIS:** En nuestra población de estudio podemos observar que el 95.7% de gestantes, durante el embarazo no utilizaron ningún tipo de droga y en una minoría, el 4.2 % utilizo drogas, fumo o bebió alcohol.



## TABLA N° 14.

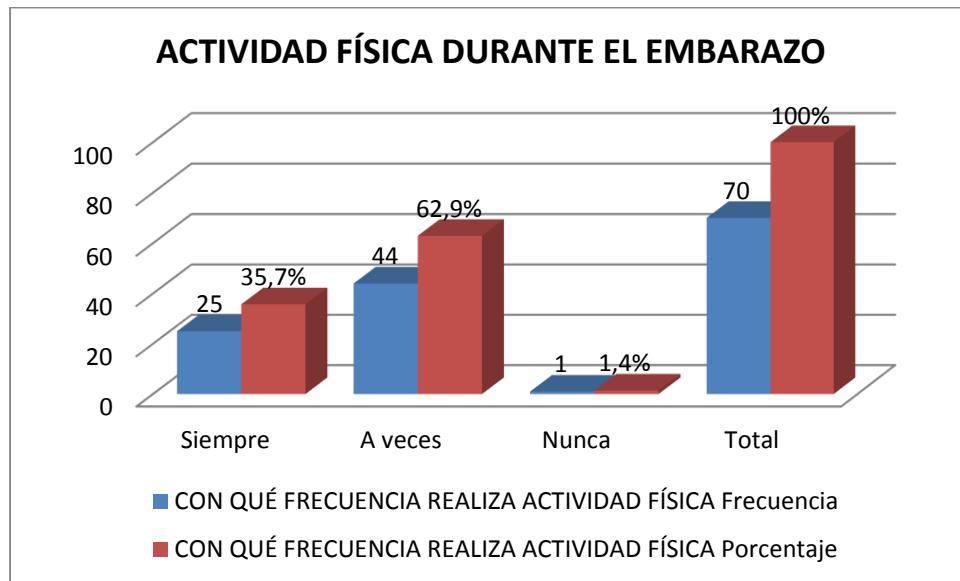
Distribución de 70 mujeres embarazadas que acudieron al Subcentro de Salud de Ricaurte durante el periodo de enero-julio del 2015, según actividad física durante el embarazo. Cuenca 2015.

CON QUÉ FRECUENCIA REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA		
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	25	35,7%
A veces	44	62,9%
Nunca	1	1,4%
Total	70	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Mariela Pintado, Norma Pinguil

## GRÁFICO N°14



Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Mariela Pintado, Norma Pinguil



**ANÁLISIS:** En nuestra población de estudio podemos observar que el 62.9% de embarazadas realizaban actividad física eventuales, el 35.7% lo hicieron siempre y el 1.4% nunca realizaron actividades físicas.



### **6.3. Cumplimiento del Panel de Control Prenatal**

Entre las gestantes del SCS de Ricaurte, como son: grupo sanguíneo, Urocultivo, VDRL, HIV, Hematocrito, Glicemia, Albuminuria, examen del VIH, Papanicolaou, Ecografía, y el aporte de micronutrientes.

**TABLA N° 15.**

Distribución de 70 mujeres embarazadas que acudieron al Subcentro de Salud de Ricaurte durante el periodo de enero-julio del 2015, según prescripción de exámenes de sangre y orina. Cuenca 2015.

#### **DURANTE EL EMBARAZO LE PIDIERON QUE SE REALICÉ UN EXAMEN DE ORINA**

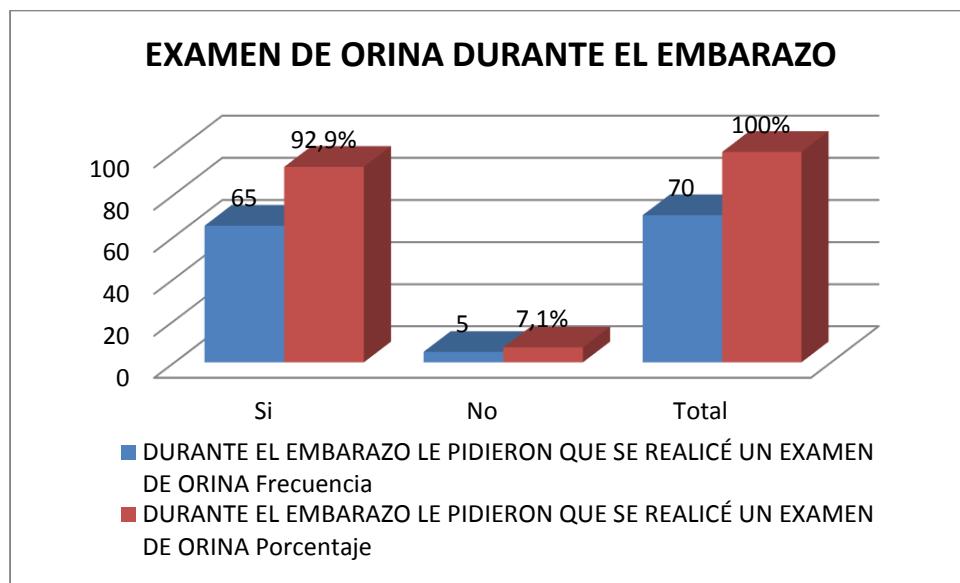
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Si</b>	65	92,9%
<b>No</b>	5	7,1%
<b>Total</b>	70	100,0%

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Mariela Pintado, Norma Pinguil



## GRÁFICO N° 15



Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Mariela Pintado, Norma Pinguil

**ANÁLISIS:** El 92.9% de gestantes se realizaron el examen de orina; en una minoría el 7.1% no lo hicieron.

**TABLA N° 16.**

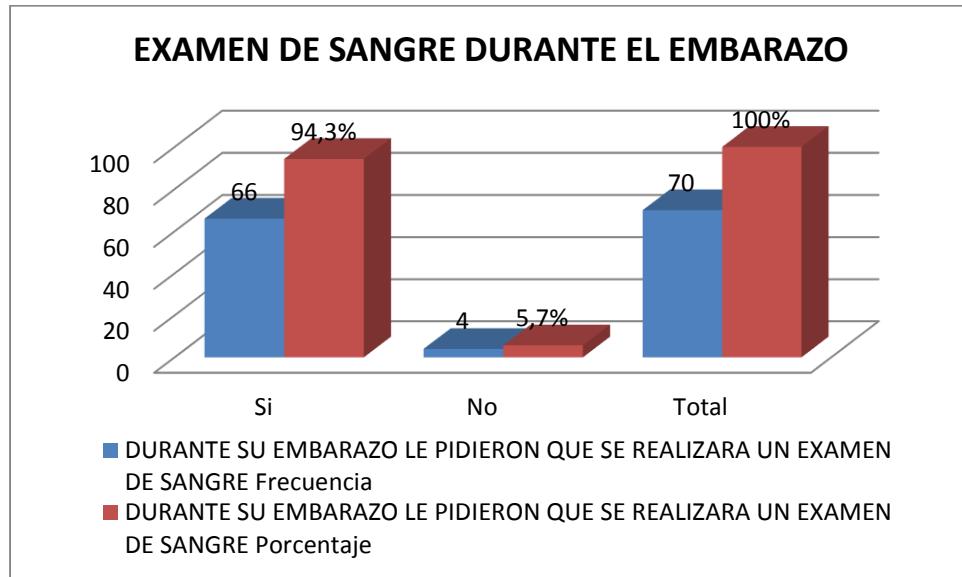
Distribución de 70 mujeres embarazadas que acudieron al Subcentro de Salud de Ricaurte durante el periodo de enero-julio del 2015, según prescripción de exámenes de sangre y orina. Cuenca 2015.

**DURANTE SU EMBARAZO LE PIDIERON QUE SE REALIZARA UN EXAMEN DE SANGRE**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Si</b>	66	94,3%
<b>No</b>	4	5,7%
<b>Total</b>	70	100,0%

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Mariela Pintado, Norma Pinguil

**GRÁFICO N° 16**

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Mariela Pintado, Norma Pinguil



**ANÁLISIS:** El 94.3% de gestantes se realizaron el examen de sangre; una minoría, el 5.7% no lo hicieron.

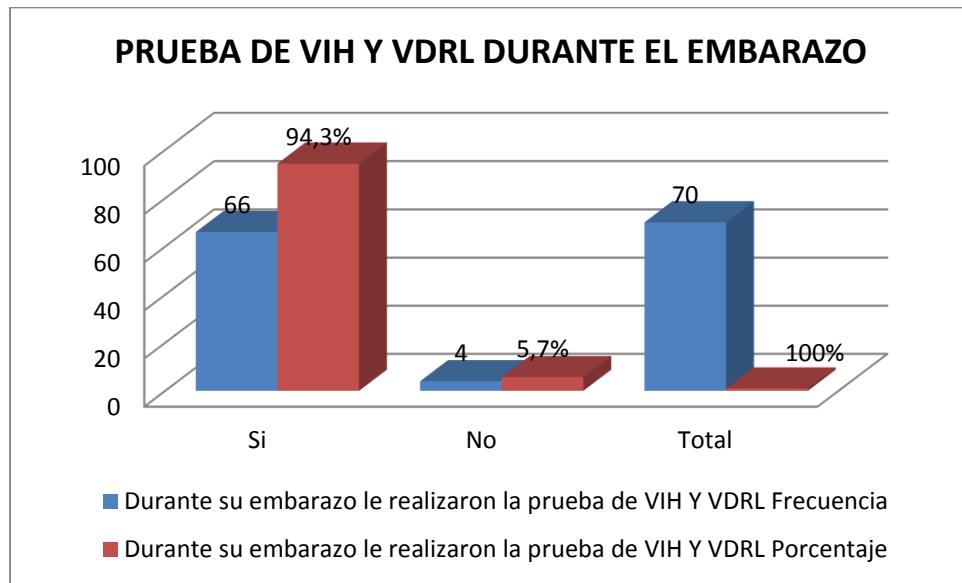
**TABLA N° 17.**

Distribución de 70 mujeres embarazadas que acudieron al Subcentro de Salud de Ricaurte durante el periodo de enero-julio del 2015, según prescripción de exámenes de VIH Y VDRL. Cuenca 2015.

DURANTE SU EMBARAZO LE REALIZARON LA PRUEBA DE VIH Y VDRL		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Si</b>	66	94,3%
<b>No</b>	4	5,7%
<b>Total</b>	70	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Mariela Pintado, Norma Pinguil

**GRÁFICO N° 17**

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Mariela Pintado, Norma Pinguil



**ANÁLISIS:** De la población de estudio podemos observar que el 94.3% de las gestantes se realizaron la prueba de VIH y VDRL, pero una minoría, el 5.7% no lo hicieron.

**TABLA N° 18.**

Distribución de 70 mujeres embarazadas que acudieron al Subcentro de Salud de Ricaurte durante el periodo de enero-julio del 2015, según frecuencia de exámenes solicitados. Cuenca 2015.

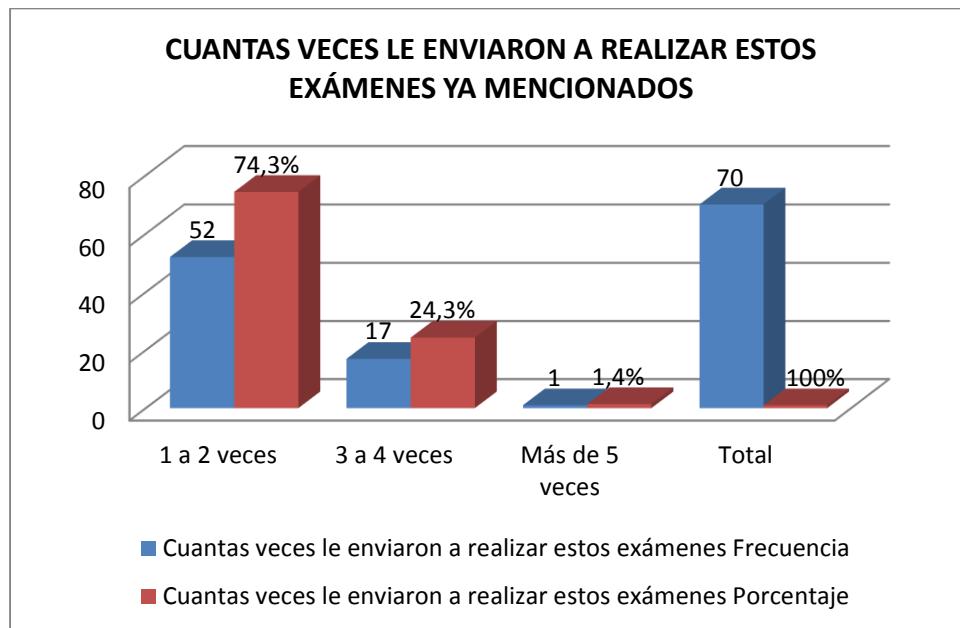
CUANTAS VECES LE ENVIAZON A REALIZAR ESTOS EXÁMENES YA MENTIONADOS	Frecuencia	Porcentaje
1 a 2 veces	52	74,3%
3 a 4 veces	17	24,3%
Más de 5 veces	1	1,4%
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Mariela Pintado, Norma Pinguil



## GRÁFICO N° 18



**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Mariela Pintado, Norma Pinguil

**ANÁLISIS:** De la población de estudio el 74.3% de gestantes mencionó que le solicitaron realizarse estos exámenes de 1 a 2 veces, el 24.3% menciona que le solicitaron de 3 a 4 veces y una minoría, el 1.4% respondió que más de 5 veces le solicitaron realizarse los exámenes ya mencionados.

**TABLA N° 19.**

Distribución de 70 mujeres embarazadas que acudieron al Subcentro de Salud de Ricaurte durante el periodo de enero-julio del 2015, según prescripción de exámenes de Papanicolaou y mamas. Cuenca 2015.

DURANTE SU EMBARAZO		DURANTE SU EMBARAZO		TOTAL
EMBARAZO	LE	LE	REALIZARON	EL
REALIZARON EL	PAPANICOLAOU	EXAMEN DE MAMAS		
		Si	No	
Si	5	6		11
	7,1%	8,6%		15,7%
No	7	52		59
	10,0%	74,3%		84,3%
TOTAL	12	58		70
	17,1%	82,9%		100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Mariela Pintado, Norma Pinguil

**ANÁLISIS:** De las 70 embarazadas del estudio, el 82.9% respondió no haberse realizado ningún examen de mamas; el 84.3% de gestantes menciona que no le habían realizado ningún Papanicolaou, mientras una minoría el 17.1% de gestantes señaló que si le realizaron exámenes de mamas y al 15.7% le realizaron un Papanicolaou.



#### **6.4. Identificar el Conocimiento de los Signos de Alarma**

Complicaciones que pueden presentar las gestantes.

**TABLA N° 20.**

Distribución de 70 mujeres embarazadas que acudieron al Subcentro de Salud de Ricaurte durante el periodo de enero-julio del 2015, según signos de peligro presentes y cómo reaccionar frente los mismos. Cuenca 2015.

usted ALGUNO SIGNOS DURANTE EMBARAZO	PRESENTÓ DURANTE ESTOS CONTROLES DE RIESGO INDICARON QUE HACER, SI SU PRESENTABA ALGUNOS DE ESTOS SIGNOS		LOS TOTAL
	Si	No	
<b>Dolor abdominal</b>	7	2	9
	10,0%	2,9%	12,9%
<b>Palidez marcada</b>	1	1	2
	1,4%	1,4%	2,9%
<b>Náusea y vómitos</b>	12	2	14
<b>frecuentes</b>	17,1%	2,9%	20,0%
<b>Fiebre y escalofríos</b>	4	0	4
	5,7%	0,0%	5,7%
<b>Dolor y ardor al orinar</b>	15	3	18
	21,4%	4,3%	25,7%
<b>Edema</b>	3	0	3
	4,3%	0,0%	4,3%
<b>Salida de líquido o sangre por la vagina</b>	4	0	4
	5,7%	0,0%	5,7%
<b>Disminución</b>	0	1	1



<b>ausencia de los movimientos fetales</b>	0,0%	1,4%	1,4%
<b>Dolor de cabeza</b>	3	0	3
	4,3%	0,0%	4,3%
<b>Todos</b>	1	0	1
	1,4%	0,0%	1,4%
<b>Ninguno</b>	10	1	11
	14,3%	1,4%	15,7%
<b>TOTAL</b>	60	10	70
	85,7%	14,3%	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Mariela Pintado, Norma Pinguil.

**ANÁLISIS:** En nuestra población de estudio podemos observar que el mayor porcentaje de gestantes, un 25.7% presento dolor y ardor al orinar, el 20% náuseas y vómitos frecuentes, el 12.9% dolor abdominal y solo el 1.4% presentó disminución y ausencia de los movimientos fetales. De todos los casos, el 85.7% menciono haber recibido información de cómo actuar si se presentaba alguna de esta sintomatología, pero el 14.3% respondió desconocer de los mismos.



## CAPITULO VII

### **7. DISCUSIONES.**

La OMS informa que la mortalidad ligada al embarazo y parto constituye más de la mitad de la mortalidad infantil; en el Perú por ejemplo representa el 56%. Se estima igualmente que cada año en el mundo nacen muertos alrededor de 4,3 millones de niños y 3,3 millones mueren en la primera semana de vida; de estos 7,6 millones de muertes perinatales, el 98% ocurren en países en vías de desarrollo. (51)

Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en el Ecuador la reducción de la mortalidad materna es considerada como uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM); por ello, la vigencia de la ley de Maternidad Gratuita a partir del año 2000, pretende crear estrategias importantes utilizando el control prenatal como medida de reducción de la Morbi-Mortalidad, Materno Infantil.

Así el Ecuador se encuentra entre los países que mejoraron los índices de tasa de mortalidad materna. Entre 2011 y 2014 el índice de muertes maternas descendió de 70% a 46.6% y la meta es que la cifra se reduzca a 21.15% hasta el 2015. (52)

#### **Edad Gestacional**

Un estudio realizado en el Hospital General Regional de México por Sánchez, Pérez y Vázquez en el cual se analizaron 407 expedientes completos de la madre y del recién nacido, se observó que el 47.6 % de las madres tenían menos de cinco consultas y estaban en el inicio del tercer trimestre del embarazo; La mortalidad neonatal sólo se presentó en el 5.9 % de los casos, con 7 fallecimientos en una proporción similar, tanto para los que llevaron atención prenatal adecuada como inadecuada. (53)



Estudios realizados en el Instituto de Seguridad Social de México demuestran que el promedio de consultas prenatales de las mismas fue de 6,2 - 4,1; con un porcentaje mayor del 90,8% que iniciaron su control prenatal en el primer trimestre de embarazo. Es decir entre las primeras 20 semanas de gestación acudieron el 48.6%, mientras que el 27,3% acudió en 7 o más ocasiones y el 22,4% presentó ambas características. (54)

En nuestro estudio sobre 70 mujeres gestantes que acudieron al Subcentro de Salud de Ricaurte, durante el periodo enero-julio del 2015, a fin de realizarse los controles prenatales, se determinó que según su edad gestacional, el 77.1% hizo su primer control antes de las 20 semanas y en menor porcentaje el 2.9% de mujeres, con su primer control entre las semanas 26 y 28 de embarazo. Lo que demuestra que en su mayoría, las gestantes cuidaron de su embarazo a temprana edad gestacional, con el fin de evitar complicaciones posteriores, tanto para ella como para su hijo/a

### **Número de controles prenatales durante la etapa de embarazo**

La OMS considera que el 63% de las embarazadas en África, el 65% en Asia y el 73% en Latinoamérica asisten al menos a una consulta de control prenatal normal (CPN). Otros estudios han reportado prevalencias del 69% y el 38,8% con una mediana de 4 consultas por gestante. (55)

Mendieta, Bataglia, Céspedes Y Caballero (2004) realizaron en Paraguay un estudio de Morbimortalidad Neonatal en tres centros hospitalarios de referencia. La muestra constó de 44.767 historias clínicas de recién nacidos vivos y se obtuvo que el 69,5% de 16 de las madres tenían un control prenatal insuficiente, con menos de 4 controles. (56)

En Perú en los últimos años ha existido polémica para definir el número óptimo de controles prenatales (CP) y su frecuencia. En el año 2007 la OMS concluyó que los embarazos de bajo riesgo obstétrico podrían tener cuatro controles. El

99



Ministerio de Salud de Perú (MINSA) considera una gestante controlada si tiene al menos seis controles prenatales, distribuidos de la siguiente manera: Dos antes de las 22 semanas, el tercero entre la 22 y 24, el cuarto entre la 27 a 29, el quinto entre la 33 y 35 y el sexto entre la 37 y la última semana de gestación. (57)

En el estudio realizado en Ricaurte, según el número de controles efectuados durante el embarazo y la asistencia a los mismos, se comprobó que el 100% de embarazadas acuden regularmente a los controles, con un mayor porcentaje del 60% de al menos 5 controles, el 35.7% de 5 a 9 controles y una minoría del 4.3% con más de 10 controles, lo que nos da a conocer que un gran porcentaje de gestantes si cumplen con las normas de MSP del Ecuador. En relación con los países mencionados anteriormente hemos determinado que en nuestro estudio se estiman mayores porcentajes con los niveles óptimos de números de controles prenatales.

### **Edad de fertilidad**

Un estudio realizado en Venezuela, por Peña, Villalba, Gudiño y Fernández (2007), en el Centro Materno Infantil “Ana Teresa de Jesús Ponce” del Estado Vargas verificó la edad de productividad de las mujeres que decidieron iniciar un nuevo embarazo, tomando una muestra al azar de 220 pacientes hospitalizadas y atendidas; el resultado de edad promedio fue de 22 años siendo las mismas adultas jóvenes; el 57,72 % eran primigestas. (58)

En la población estudiada de 70 gestantes, su edad alcanza el 64%, es decir se encuentran dentro de la categoría de adultas jóvenes con edades entre los 19 a 34 años. El 52.9% de gestantes indicaron ser primigestas, mientras que el 11.4% de gestantes tienen más de tres hijos. Se entiende así, que tanto en nuestra investigación como en el estudio anteriormente citado de acuerdo a la edad de las gestantes y el inicio de un nuevo embarazo, en gran porcentaje, se encuentran dentro de una edad adecuada y que por lo tanto no hay riesgo obstétrico.



## Signos y Síntomas de Riesgo

En el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, Perú. Se realizó un estudio con las Gestantes en hospitalización y consulta externa, durante junio del 2013 y se determinó que el 93% de las mismas consideró los signos de alarma como indicadores de peligro para éllas y el feto; el 100% sabía que debe acudir a un centro de salud de inmediato. Los signos por los cuales la mayor proporción de gestantes acudió a emergencia fueron convulsiones (100%), no crecimiento de barriga conforme a la gestación (100%), ardor al orinar (86,1%), sangrado vaginal (84,4%) y fiebre (84,2%). (59)

Al realizar un comparativo con el estudio anteriormente mencionado se puede apreciar que en nuestra población de las 70 gestantes, el mayor porcentaje de ellas: 25.7% presentó dolor y ardor al orinar, el 20% náuseas y vómitos frecuentes, el 12.9% dolor abdominal. Por lo tanto concluimos que se presenta con mayor frecuencia la ITU en las gestantes. Así también subrayamos una similitud con uno de los resultados del estudio anterior, siendo el mayor porcentaje del 85% de gestantes el que mencionó haber recibido información de cómo actuar si presentaba alguna de esta sintomatología y qué hacer al respecto.



## CAPÍTULO VIII

### **8. CONCLUSIONES**

Como resultado de la investigación realizada, se determinó que la mayoría de gestantes se encuentran dentro de una edad óptica para cuidar un embarazo; de ellas, gran parte son casadas y amas de casa. También se observó que tienen un nivel de educación básica completo; en cuanto a sus ingresos económicos son regulares y viven en una área urbana. Esto significa que cuentan con los servicios básicos a su alcance y esto beneficia para su salud maternal.

El control prenatal es uno de los pilares fundamentales que toda mujer debe priorizar para así guiar un embarazo saludable tanto para ella como para su hijo/a, y es así que se determina en el Subcentro de Salud de Ricaurte que todas las gestantes acuden con regularidad y lo hacen antes de las 20 semanas de gestación; también concluimos que han recibido su carnet perinatal, y llevándolo consigo a cada consulta para su valoración respectiva, ya que en su mayoría creen que les pueden ayudar a prevenir complicaciones, identificado a través del mismo su aumento de peso adecuado y que gran parte tiene una alimentación variada, realizan ejercicio físico con regularidad y no han hecho uso de malos hábitos.

De acuerdo al cumplimiento del panel de control prenatal de las gestantes del SCS de Ricaurte, se determinó que un gran porcentaje de gestantes cumplen con la norma establecida en el MSP, lo que demuestra que los resultados son propicios en relación a los exámenes de sangre, orina, VDRL y VIH. Así también aunque en minoría, hay una contradicción con referencia a los estudios de examen de mamas y Papanicolaou durante su gestación.

Se concluyó que la mayoría de gestantes mencionó tener conocimientos de cómo actuar ante la presencia de algún signo de alarma e indicaron haber recibido información de parte del personal de salud sobre los mismos. Esto significa que



ellas están preparadas ante la presencia de cualquier riesgo de obstétrico durante su gestación.

En conclusión general, analizando los diversos estudios realizados de diferentes países y comparándolos con nuestra investigación acerca del Cumplimiento de las Normas Materno Neonatales del Ministerio de Salud Pública en el control prenatal, comprobamos que la mayoría de las variables presentan una similitud porcentuales; esto es: en cuanto a la edad gestacional número de controles prenatales, edad de fertilidad, signos y síntomas de riesgo durante la etapa gestacional. Así, la evidencia de nuestra investigación si se cumple con la norma establecida por el MSP en relación con otros estudios investigativos, teniendo en cuenta que el binomio madre-hijo son un grupo prioritario para poder contrarrestar la mortalidades maternas y perinatales que tan frecuentemente ocurren en nuestra vulnerable población.



## **CAPÍTULO IX**

### **9. RECOMENDACIONES**

- Fortalecer e incentivar a las usuarias gestantes, a continuar con los controles prenatales durante el embarazo e incluirlas en el proceso normativo del sistema de salud, para que participen con la presentación del carnet materno perinatal, demostrando su compromiso y ayudando al personal de salud a realizar mejor su trabajo.
- Brindar información adecuada por parte del personal de salud sobre el embarazo, el parto y el puerperio desde el primer contacto que se tiene con las usuarias gestantes.
- Incluir visitas domiciliarias por parte del personal de salud, y dar seguimiento del cumplimiento normativo del control prenatal de las gestantes para la supervisión y monitoreo del binomio madre/hijo(a) ya sea de un embarazo de alto riesgo o de bajo riesgo.
- Mejorar la promoción y la prevención tanto en la consulta, como en la Sala de Espera con información a través de videos, folletos charlas educativas acerca de los cambios fisiológicos del embarazo y sobre los signos de peligro que deben motivar consulta no programada y aquellos que ameritan consulta.
- Las citas médicas deben ser lo más temprano posible para así garantizar el bienestar de la gestante y de su hijo/a, para evitar cualquier tipo de riesgo obstétrico presente durante el embarazo.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Centro de Prensa de la OMS. Mortalidad Materna. [Online].; 2014 [cited 2015 Julio 10. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.
2. Guía de Práctica clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. México Secretaria de Salud. [Online].; 2009 [cited 2015 Julio 10. Available from: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/028\\_GPC\\_PrenatalRiesgo/IMSS\\_028\\_08\\_EyR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/028_GPC_PrenatalRiesgo/IMSS_028_08_EyR.pdf).
3. Agencia Pública de Noticias de Ecuador y Suramérica andes. Ecuador mejora índice de mortalidad materna con reducción de 23 puntos en tres años. [Online].; 2014 [cited 2015 Julio 10. Available from: <http://www.andes.info.ec/en/node/33438>.
4. Centro de Prensa de la OMS. Mortalidad Materna. [Online].; 2014 [cited 2015 Julio 10. Available from: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/028\\_GPC\\_PrenatalRiesgo/IMSS\\_028\\_08\\_EyR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/028_GPC_PrenatalRiesgo/IMSS_028_08_EyR.pdf).
5. Bravi M, Pedrozo L, Santillan R. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. N° 213 CARACTERISTICAS DE LOS CONTROLES PRENATALES DE PACIENTES PUERPERAS INTERNADAS EN EL HOSPITAL "Dr. José. [Online].; 2012 [cited 2015 Julio 12. Available from: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista213/2\\_213.pdf](http://med.unne.edu.ar/revista/revista213/2_213.pdf).
6. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección Nacional de Normatización. Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud, HCI / USAID. Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) de la Atención Materno Neonatal. [Online].; 2008 [cited 2015 Julio 12. Available from: <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/6.%20Lecciones%20Aprendidas.pdf>.
7. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. MSP emite la norma CONE como parte de la estrategia para la reducción de muerte materna y neonatal. [Online].; 2013 [cited 2015 Julio 12. Available from: <http://www.salud.gob.ec/msp-emite-la-norma-cone-como-parte-de-la-estrategia-para-la-reduccion-de-muerte-materna->



y-neonatal/.

8. Centro de Prensa de la OMS. Mortalida Materna. [Online].; 2014 [cited 2015 julio 18. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.
9. LA HORA Nacional. 800 mujeres mueren diariamente por complicaciones en el parto. [Online].; 2015 [cited 2015 Julio 18. Available from: [http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101857356/-1/800 mujeres mueren diariamente por complicaciones en el parto.html#](http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101857356/-1/800-mujeres-mueren-diariamente-por-complicaciones-en-el-parto.html#).

<sup>1</sup> SUPLEMENTO DEL REGISTRO OFICIAL Nº 39. NORMA PARA EL CUIDADO  
0. OBSTÉTRICO Y NEONATAL ESENCIAL (CONE) EN EL SISTEMA NACIONAL  
DE SALUD DEL ECUADOR. [Online].; 2013 [cited 2015 Julio 18. Available from:  
<http://www.cit.org.ec/files/RO-No.-39S-del-18-07-2013.pdf>.

<sup>1</sup> Mnisterio de Salud Publica del Ecuador. MSP emite la norma CONE como parte  
1. de la estrategia para la reducción de muerte materna y neonatal. [Online].; 2013  
[cited 2015 Julio 18. Available from: <http://www.salud.gob.ec/msp-emite-la-norma-cone-como-parte-de-la-estrategia-para-la-reduccion-de-muerte-materna-y-neonatal/>.

<sup>1</sup> LA HORA Nacional. 27.036 mujeres murieron el año pasado. [Online].; 2012  
2. [cited 2015 Julio 20. Available from: [http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101428118#.Vf8x299\\_Okp](http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101428118#.Vf8x299_Okp).

<sup>1</sup> Centro de Prensa de la OMS. Mortalida Materna. [Online].; 2014 [cited 2015  
3. Julio 20. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.

<sup>1</sup> Departamento de Maternidad Gratuita Ministerio de Salud Pública. EL  
4. CONTROL PRENATAL: DETERMINANTE DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS  
NIÑAS Y NIÑOS Agencia de Comunicación de Niñas, Niños y Adolescentes  
ACNNA. [Online].; 2011 [cited 2015 Julio 20. Available from:  
<http://www.acnna.org/seguimiento-y-qualificacion/productos/sugerencias-tematicas/97-el-control-prenatal-determinante-de-la-calidad-de-vida-de-las-ninas-y-ninos>.

<sup>1</sup> Ministerio de Salud Publica del Ecuador. DIRECCIÓN NACIONAL DE  
5. NORMATIZACIÓN PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN  
SALUD, HCI / USAID. MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD (MCC)



DE LA ATENCIÓN. [Online].; 2008 [cited 2015 Julio 20. Available from: <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/6.%20Lecciones%20Aprendidas.pdf>.

1 Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección Provincial de Salud del 6. Tungurahua. Proyecto de Garantía de Calidad, QAP-USAID. Manual para la Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del Parto. [Online].; 2007 [cited 2015 Julio 20. Available from: <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/6.%20Lecciones%20Aprendidas.pdf>.

1 Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección Nacional de Normatización. 7. Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud, HCl. Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) de la Atención Materno Neonatal. Componente Obstétrico de la Norma Materno Neonatal (Borrador). [Online].; 2008 [cited 2015 Julio 20. Available from: <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/6.%20Lecciones%20Aprendidas.pdf>.

1 UNICEF. ESTRATEGIA DE UNICEF EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE 8. PARA CONTRIBUIR A LA REDUCCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD MATERNA, NEONATAL E INFANTIL. [Online].; 2011-20015 [cited 2015 Julio 20. Available from: [http://www.unicef.org/lac/Estrategia\\_Mortalidad\\_Materna\\_Neonatal.pdf](http://www.unicef.org/lac/Estrategia_Mortalidad_Materna_Neonatal.pdf).

1 GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE SALUD; ORGANIZACIÓN 9. PANAMERICANA DE SALUD ; The Partnership for Maternal, Newborn y Child Health. Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y estrategias de reducción. [Online]. [cited 2015 Julio 22. Available from: [http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis\\_situacionmortalidad\\_en\\_alc.pdf](http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf).

2 EL CIUDADANO Medio Oficial de la Revolucion Ciudadana. En Ecuador 0. disminuyó mortalidad infantil y fecundidad. [Online].; 2014 [cited 2015 Julio 22. Available from: <http://www.elciudadano.gob.ec/en-ecuador-disminuyo-mortalidad-infantil-y-fecundidad/>.

2 Periodico ECUADOR en Vivo. La mortalidad infantil bajó el 80,5% en 25 años. 1. [Online].; 2015 [cited 2015 Julio 22. Available from: [http://www.ecuadorenvivo.com/sociedad/190-sociedad/30732-la-mortalidad-infantil-bajo-el-80-5-en-25-anos-diario-la-hora-de-quito.html#.VgCEet9\\_Okp](http://www.ecuadorenvivo.com/sociedad/190-sociedad/30732-la-mortalidad-infantil-bajo-el-80-5-en-25-anos-diario-la-hora-de-quito.html#.VgCEet9_Okp).

2 Salud Materno Infantil SMI [www.maternoinfantil.org](http://www.maternoinfantil.org). Atencion Prenatal.



2. [Online].; 2012 [cited 2015 Julio 22. Available from: [http://maternoinfantil.org/ver\\_aportes\\_por\\_tema.php?inicio=59&texto=&id=1&tipo=&id\\_menu=41](http://maternoinfantil.org/ver_aportes_por_tema.php?inicio=59&texto=&id=1&tipo=&id_menu=41).
- 2 OMS. Nuevo Modelo de Control Prenatal de la OMS. [Online].; 2003 [cited 2015 Julio 22. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42692/1/WHO\\_RHR\\_01.30\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42692/1/WHO_RHR_01.30_spa.pdf).
- 2 REPÚBLICA DEL ECUADOR MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Sistema 4. Nacional de Salud COMPONENTE NORMATIVO MATERNO NEONATAL. [Online]. [cited 2015 Julio 22. Available from: <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/A67.PDF>.
- 2 Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y 5. Reproductiva. Lima, Perú MINSA. [Online].; 2004 [cited 2015 Septiembre 22. Available from: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/21/guias\\_atencionintegrali\\_dela\\_salud\\_sexual\\_y\\_reproductiva.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/21/guias_atencionintegrali_dela_salud_sexual_y_reproductiva.pdf).
- 2 Comité Promotor por una Maternidad Segura en México. ATENCIÓN 6. HUMANIZADA EN EL PARTO Y EL NACIMIENTO. [Online].; 2014 [cited 2015 Julio 26. Available from: [http://issuu.com/medioscomunes/docs/atencion\\_humanizada](http://issuu.com/medioscomunes/docs/atencion_humanizada).
- 2 Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la Práctica 7. del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. [Online].; 2013 [cited 2015 Julio 26. Available from: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>.
- 2 Fescina R, De Mucio B, Martínez G, Díaz J, Mainero L, Rubino N. SISTEMA 8. INFORMATICO PERINATAL HISTORIA CLINICA PERINATAL y Formularios Complementarios y Formularios Complementarios Instrucciones de llenado y definición de términos. [Online].; 2010 [cited 2015 Julio 26. Available from: <http://www.prenatal.tv/lecturas/mod2/CLAP1572%20%20Instrucciones+Formularios%20%202010.pdf>.
- 2 Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. [Online].; 2013 [cited 2015 Julio 26. Available from: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>.



9. Julio 26. Available from:  
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>.

3 Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Trastornos hipertensivos del embarazo, guía de práctica clínica Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP. [Online]; 2013 [cited 2015 Julio 26. Available from:

[http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia\\_de\\_trastornos\\_hipertensivos.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_trastornos_hipertensivos.pdf).

3 Periódico El Telégrafo. La mortalidad materna se redujo en 44% en Ecuador.  
1. [Online]; 2014 [cited 2015 Julio 26. Available from:  
<http://www.telegrafo.com.ec/sociedad/item/la-mortalidad-materna-se-redujo-en-44-en-ecuador.html>.

3 Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la Práctica 2. del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. [Online]; 2013 [cited 2015 Julio 26. Available from:  
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>.

3 Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Ecuador sin muertes maternas.  
3. [Online]. [cited 2015 Julio 26. Available from: <http://www.salud.gob.ec/ecuador-sin-muertes-maternas/#mp>.

3 Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la Práctica 4. del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. [Online]; 2013 [cited 2015 Julio 27. Available from:  
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>.

3 Ministerio de Salud de la Nación. Evaluación del estado nutricional de la 5. embarazada. [Online]; 2009 [cited 2015 Julio 27. Available from:  
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000256cnt-a07-manual-evaluacion-nutricional.pdf>.

3 Chedraui P. IMPACTO DE LA ANEMIA EN LA RESULTANTE PERINATAL.  
[Online]; 2011 [cited 2015 Julio 27. Available from:  
109



6. <http://www.revistaanemia.org/sisanemia/Logica/UploadPDF/Texto1-t3-r0401.pdf>.
- 3 Revista Médica de Chile. Importancia del ácido fólico en la medicina actual.
7. [Online]. [cited 2015 Julio 27. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872000000200013](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872000000200013).
- 3 Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias. Guías de Práctica Clínica
8. para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. [Online]; 2013 [cited 2015 Julio 28. Available from: [http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/Embarazo/GPC\\_Prof\\_Sal\\_Embargo.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/Embarazo/GPC_Prof_Sal_Embargo.pdf).
- 3 Programa de Apoyo a la Reforma de Salud/PARS-Ministerio de la Protección
9. Social. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. [Online]. [cited 2015 Julio 28. Available from: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias03.pdf>.
- 4 Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada.
0. Santiago: MINSAL. [Online]; 2013 [cited 2015 Julio 28. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/955578f79a24ef2ae04001011f01678a.pdf>.
- 4 InfoRed SIDA. VIH Y EMBARAZO. [Online]; 2014 [cited 2015 Julio 28. Available 1. from: [http://www.aidsinfonet.org/fact\\_sheets/view/611?lang=spa](http://www.aidsinfonet.org/fact_sheets/view/611?lang=spa).
- 4 Garcia F, Vazquez L, Alda. Ministerio de Salud de la Nación Guía de Prevención
2. y Tratamiento de las Infecciones Congénitas y Perinatales. [Online]; 2010 [cited 2015 Julio 28. Available from: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000316cnt-q10-guia-infecciones-perinatales.pdf>.
- 4 Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la Práctica
3. del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. [Online]; 2013 [cited 2015 Agosto 03. Available from: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>.
- 4 Ministerio de Salud de Costa Rica. Norma Nacional de Vacunacion 2013. [Online]; 2013 [cited 2015 Agosto 03. Available from:



- 4 <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-y-guias/2302-norma-nacional-de-vacunacion-2013/file>.
- 4 MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. Estrategia  
5. Nacional de Salud Sexual y Reproductiva , ENSSR. [Online].; 2011 [cited 2015  
Agosto 03. Available from: <http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>.
- 4 iSANIDAD Lo mejor de la Sanidad. Nuevos marcadores ecográficos pueden  
6. detectar la espina bífida en el primer trimestre del embarazo. [Online].; 2015 [cited 2015 Agosto 03. Available from: <http://isanidad.com/54091/nuevos-marcadores-ecograficos-pueden-detectar-la-espina-bifida-en-el-primer-trimestre-del-embarazo/>.
- 4 Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la Práctica  
7. del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. [Online].; 2013 [cited 2015  
Agosto 03. Available from: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>.
- 4 INFOGEN. EXÁMENES DE LABORATORIO EN EL PRIMER TRIMESTRE.  
8. [Online].; 2013 [cited 2015 Agosto 03. Available from: <http://infogen.org.mx/examenes-de-laboratorio-en-el-primer-trimestre/>.
- 4 EL LÍQUIDO AMNIÓTICO. [Online]. [cited 2015 Agosto 03. Available from:  
9. [http://www.fetosur.org/pdf/El\\_líquido\\_amniótico.pdf](http://www.fetosur.org/pdf/El_líquido_amniótico.pdf).
- 5 SUBCENTRO DE SALUD DE RICAURTE. Reseña Histórica del Subcentro de  
0. Salud de Ricaurte-Cuenca. 2015..
- 5 Revista chilena de obstetricia y ginecología. MORTALIDAD PERINATAL  
1. HOSPITALARIA EN EL PERÚ: FACTORES DE RIESGO. [Online].; 2005 [cited 2015 Agosto 03. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262005000500006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262005000500006&script=sci_arttext).
- 5 Agencia Pública de Noticias del Ecuador Suramérica andes. Ecuador mejora  
2. índice de mortalidad materna con reducción de 23 puntos en tres años.  
[Online].; 2014 [cited 2015 Julio 10. Available from:



[http://www.andes.info.ec/en/node/33438.](http://www.andes.info.ec/en/node/33438)

5 Revista Médica del IMSS. Impacto del control prenatal en la morbilidad y  
3. mortalidad neonatal. [Online];; 2005 [cited 2015 Agosto 03]. Available from:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im055c.pdf>.

5 Revista Española de Salud Pública. PATRÓN DE USO DE LOS SERVICIOS DE  
4. ATENCIÓN PRENATAL, PARTO Y PUEPERIO EN UNA INSTITUCIÓN DE  
SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA. [Online];; 2003 [cited 2015 Agosto 03].  
Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272003000200009&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272003000200009&script=sci_arttext).

5 Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. El control prenatal: una  
5. reflexión urgente. [Online];; 2009 [cited 20015 Agosto 03]. Available from:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342009000200007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342009000200007&script=sci_arttext).

5 Sociedad Paraguaya de Pediatría. MORBIMORTALIDAD NEONATAL EN TRES  
6. CENTROS HOSPITALARIOS DE REFERENCIA. ANÁLISIS DE LOS  
INDICADORES NEONATALES DEL SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL.  
[Online];; 2004 [cited 20015 Agosto 03]. Available from:  
<http://www.revista.spp.org.py/index.php/ped/article/view/155>.

5 Revista Medica Herediana-Lima. Frecuencia de control prenatal inadecuado y  
7. de factores asociados a su ocurrencia. [Online];; 2011 [cited 2015 Agosto 03].  
Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2011000400004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2011000400004&script=sci_arttext).

5 Revista Médica Electrónica PortalesMedicos.com. Calidad de atención prenatal  
8. a partir del usuario externo. [Online];; 2007 [cited 2015 Agosto 03]. Available  
from: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/calidad-atencion-prenatal-usuario/4/>.

5 Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Conocimientos y prácticas sobre  
9. signos de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente  
Madre-Niño San Bartolomé, Lima, Perú. [Online];; 2014 [cited 2015 Agosto 03].  
Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322014000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322014000200005&script=sci_arttext).



## ANEXOS

## ANEXO N°1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<b>CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÓMICAS, Y AMBIENTALES DE LAS EMBARAZADAS</b>	Demográficas: transformación del sujeto en su relación con el entorno.	Biológica	Edad	1. Menor de 15 años 2. De 16 a 18 años de edad 3. De 19 a 34 años de edad 4. Mayor de 35 años de edad
	Socioeconómico: condiciones sociales, culturales y económicas de la población.		Nivel de Instrucción	1. Primaria Incompleta 2. Primaria Completa 3. Secundaria Incompleta 4. Secundaria Completa 5. Superior
	Ambientales: vinculadas a la alimentación, uso del suelo, salud, vivienda, trabajo,	Cultural	Estado civil	1. Casada 2. Soltera 3. Unión libre 4. Otra



	educación.	Económico Ambiental	Ocupación laboral	1. Empleada Publica 2. Empleada Privada 3. Ama de casa 4. Otra
			Ingresos económicos	1. Buena 2. Regular 3. Mala
			Ubicación de Vivienda	1. Urbana 2. Rural
<b>CONTROL PRENATAL</b>	El Control Prenatal son todas las acciones encaminadas a la vigilancia del embarazo para identificar factores de riesgo y corregirlos así como	Biológico y cultural	Inicio de los controles	1. Antes de las semana 20 2. Entre las semanas 22-24 3. Entre las semanas 26-28 4. Entre las semanas 33-35 5. Entre las semanas 38-40
			Número de controles durante el	1. Menos de 5 controles 2. De 5 a 9 controles 3. Más de 10 controles



	asesoría nutricional, vigilancia del crecimiento y desarrollo fetal así como la administración o consumo de suplementos para un mejor desarrollo y nacimiento del recién nacido a término y saludable, sin secuelas de ningún tipo para el binomio Madre/Hijo		embarazo	
			Acude Regularmente a los controles	1. SI 2. No
			Cree Ud. que los controles prenatales le pueden ayudar a prevenir complicaciones	1. Si 2. No
		Antecedentes personales	Talla ponderada:	1. menor a 1.40 cm 2. De 1.40 a 1.50cm 3. De 1.50 a 1.60cm 5. mayor a 1.60 cm



		Peso	1. Bajo 2. Moderado 3. Alto
		Hábitos	1. Fuma 2. Bebe 3. Utiliza drogas 4. Ninguna
		Actividad Física	1. Siempre 2. A veces 3. Nunca
		Alimentación	1. rica en sal 2. rica en azúcar 3. rica en carbohidratos y grasas saturadas.



				4. alimentación variada.
		Antecedentes Obstétricos	Gestaciones Anteriores	1. Si  2. No
			Número de Hijos vivos	1. Ninguno  2. De 1 a 2 hijos  3. Tres hijos o mas
			Abortos Anteriores	1. Si  2. No
			Parto Vaginal anterior	1. Si  2. No
			Parto por Cesárea	1. Si  2. No



			Actividades que se realizan durante el control prenatal	1. Examen de Orina 2. Examen de sangre 3. Exámenes de VIH y VDRL con el previo consentimiento
			Exámenes de laboratorio	1. Papanicolaou 2. Examen de mamas
			Exámenes Complementarios	
			En cuantas ocasiones le enviaron a realizar estos exámenes	1. De una a dos veces 2. De tres a cuatro veces 3. Más de 5 veces 4. Nunca
			Le enviaron a realizar ecografías	1. Si 2. No



			durante su embarazo	
			En cuentas ocasiones le pidieron que se realice las ecografías	1. De una a dos veces 2. De tres a cuatro veces 3. Más de 5 veces 4. Nunca
			Entrega de suplementos Durante el control le entregaron las tabletas de hierro y ácido fólico, cada mes	1. Si 2. No
			Durante los controles de	1. Si



			administraron la vacuna antitetánica, entre otras vacunas	2. No
			Control de la presión arterial  Le mencionaron si su presión es normal o esta alterada	1. Si  2. No
			Durante los controles que se realizó escuchaban el latido de su bebe	1. Siempre  2. A veces  3. Nunca



			Durante los controles median la altura de su bebe utilizando una cinta métrica	1. Si 2. No
			Durante los controles le indican la fecha de su próxima visita	1. Si 2. No
			Ud. piensa dar a luz en el Hospital	1. Si 2. No
			Durante el embarazo Ud. ha presentado alguno de estos	1. Dolor abdominal si/no 2. Palidez marcada si/no 3. Nausea y vomito frecuente



			signos	si/no  4. fiebre, escalofríos si/no  5. dolor y ardor al orinar si/no  6. edema si/no  7. salida de líquido o sangre por la vagina si/no  8. disminución o ausencia de los movimientos fetales si/no  9. dolor de cabeza si/no
			Le indicaron que hacer si presentaba algunos de estos signos durante los controles.	1. Si 2. No



			Usted durante su embarazo asistió a los controles odontológicos	1. Si 2. No
			Usted Ha presentado ITU, durante su embarazo y ha recibido tratamiento para la misma	1. Si 2. No
			Durante los controles le brindaron educación sobre la lactancia, como formarse el pezón,	1. Si 2. No



			vestimenta actividad física alimentación durante la gestación.	
			Durante su estado de embarazo recibió visitas medicas	1. Si 2. No

**ANEXOS N°2 FORMULARIO DE PREGUNTAS**

**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

MEDIANTE EL SIGUENTE FORMULARIOS PRETENDEMOS ESTABLECER CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS MATERNO NEONATALES DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA EN EL CONTROL PRENATAL POR PARTE DE LAS EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE RICAURTE PERIODO ENERO – JULIO 2015

PREGUNTAS	RESPUESTAS	SEÑALE
<b>1. Edad</b>	1. Menor de 15 años	
	2. De 16 a 18 años de edad	
	3. De 19 a 34 años de edad	
	4. Mayor de 35 años de edad	
<b>2. Ubicación de la Vivienda</b>	1. Urbana	
	2. Rural	
<b>3. Estado Civil</b>	1. Casada	
	2. Soltera	
	3. Unión Libre	
	4. Otra	
<b>4. Nivel de Instrucción</b>	1. Primaria Incompleta	
	2. Primaria Completa	
	3. Secundaria Incompleta	



	4. Secundaria Completa	
	5. Superior	
<b>5. Ocupación</b>	1. Empleada Publica	
	2. Empleada Privada	
	3. Ama de casa	
	4. Otra	
<b>6. Ingresos Económicos</b>	1. Buena	
	2. Regular	
	3. Mala	
<b>7. A qué edad gestacional acudió al control</b>	1. Antes de las semana 20	
	2. Entre las semanas 22-24	
	3. Entre las semanas 26-28	
	4. Entre las semanas 33-35	
	5. Entre las semanas 38-40	
<b>8. Acude Regularmente a los controles</b>	1. SI	
	2. No	
<b>9. A cuantos controles acudió durante su embarazo.</b>	1. Menos de 5 controles	
	2. De 5 a 9 controles	
	3. Más de 10 controles	



<b>10.Ha Ud. le entregaron el carnet perinatal, para el seguimiento de su embarazo</b>	1. Si 2. No	
<b>11.Ud. Lleva consigo a cada control el carnet perinatal, para registrar datos de cada valoración.</b>	1. Si 2. No	
<b>12.Cree Ud. que los controles prenatales le pueden ayudar a prevenir complicaciones</b>	1. Si 2. No	
<b>13.Cuál es su talla ponderada</b>	1. menor a 1.40 cm 2. De 1.40 a 1.50cm 3. De 1.50 a 1.60cm 5. mayor a 1.60 cm	
<b>14.Durante su embarazo, como se considera su peso.</b>	Bajo Moderado Alto	



<b>15.Ud. durante su embarazo en algún momento hizo uso de algunos de estos hábitos</b>	1. Fuma	
	2. Bebe	
	3. Utiliza Drogas	
	4. Ninguna	
<b>16.Con que frecuencia realiza actividad física</b>	1. Siempre	
	2. A veces	
	3. Nunca	
<b>Su alimentación durante el embarazo fue.</b>	1. Si	
<b>17.Rica en sal</b>	2. No	
<b>18.Rica en azúcar</b>	1. Si	
	2. No	
<b>19.Rica en carbohidratos y grasas.</b>	1. Si	
	2. No	
<b>20.Variada</b>	1. Si	
	2. No	
<b>21.Ud. presento alguno de estos signos de riesgo durante su embarazo</b>	1. Dolor abdominal	1.Si
		2.No
	2. Palidez marcada	1.si
		2.



		no	
	3. Nausea y vomito frecuentes	1.si	
		2. no	
	4. fiebre, escalofríos	1.si	
		2. no	
	5. dolor y ardor al orinar	1.si	
		2. No	
	6. edema ( hinchazón )	1.Si	
		2. No	
	7. salida de líquido o sangre por la vagina	1.Si	
		2. No	
	8.disminucion o ausencia de los movimientos fetales	1.Si	
		2. No	
	9.dolor de cabeza	1.Si	
		2. No	
<b>22.Durante los</b>	<b>1. Si</b>		



<b>controles le indicaron que hacer, si presentaba algunos de estos signos.</b>	2. No	
<b>23.Ud. ha tenido Embarazos Anteriores</b>	1. Si 2. No	
<b>24.Número de hijos</b>	1. Ninguno 2. De 1 a 2 hijos 3. Más de tres hijos	
<b>25Abortos Anteriores</b>	1. Si 2. No	
<b>26.Parto Vaginal Anterior</b>	1. Si 2. No	
<b>27.Parto por cesárea</b>	1. Si 2. No	
<b>28.Durante el embarazo le pidieron que se realizara un examen de orina</b>	1. Si 2. No	
<b>29.Durante el</b>	1. Si	



<b>embarazo le pidieron que se realizara un examen de sangre</b>	2. No	
<b>30. Durante su embarazo le realizaron la prueba de VIH y VDRL le indicaron del mismo</b>	1. Si 2. No	
<b>31. Durante su embarazo le realizaron el Papanicolaou</b>	1. Si 2. No	
<b>32. Durante su embarazo le realizaron un examen de mamas (senos)</b>	1. Si 2. No	
<b>33. Cuantas veces le enviaron a realizar estos exámenes</b>	1. De una a dos veces 2. De tres a 4 veces 3. Más de 5 veces 4. Nunca	
<b>34. Le enviaron a realizar ecografías durante su</b>	1. Si 2. No	



<b>embarazo</b>		
<b>35. En cuentas ocasiones se realizó ecografías</b>	1. De una a dos veces 2. De tres a 4 veces 3. Más de 5 veces 4. Nunca	
<b>36. Asistido a controles odontológicos, durante su embarazo.</b>	1. Si 2. No	
<b>37. Ha presentado ITU, durante su embarazo.</b>	1. Si 2. No	
<b>38. Ha recibido tratamiento, para evitar complicaciones de la ITU.</b>	1. Si 2. No	
<b>39. Cada mes, le entregaron suplementos como: tabletas de hierro, ácido fólico, otros.</b>	1. Si 2. No	
<b>40. Durante los</b>	1. Si	



<b>controles le administraron la vacuna antitetánica, 2 dosis</b>	2. No	
<b>41. Le mencionaron si su presión es normal o esta alterada</b>	1. Si 2. No	
<b>42. Durante los controles escuchó el latido de su bebe</b>	1. Siempre 2. A veces 3. Nunca	
<b>43. Durante los controles median la altura de su bebe utilizando una cinta métrica</b>	1. Si 2. No	
<b>44. Durante los controles le indican la fecha de su próxima visita</b>	1. Si 2. No	
<b>45. Ud. piensa dar a luz en:</b>	<b>Hospital</b> <b>Casa</b> <b>Otro</b>	



<b>46.</b> Durante los controles le brindaron información sobre: Lactancia materna, como formarse el pezón, vestimenta, actividad física, alimentación, otros.	1. Si	
	2. No	
<b>47.</b> Durante su embarazo recibió visitas médicas en su domicilio.	1. Si	
	2. No	

**GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN**

**MARIELA PAULINA PINTADO ROLDAN  
NORMA DEL ROCIO PINGUIL PALAGUACHI**



### ANEXO N°3 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sra. usuaria:

Nosotras Norma del Rocío Pinguil Palaguachi y Mariela Paulina Pintado Roldán estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca estamos realizando la tesis relacionada con el **“CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS MATERNO NEONATALES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA EN EL CONTROL PRENATAL POR PARTE DE LAS EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE RICAURTE, CUENCA 2015”**.

Nuestro objetivo es: Establecer el cumplimiento de las normas materno neonatales del Ministerio de Salud Publica en el control prenatal por parte de las embarazadas que acuden al Subcentro de Salud de Ricaurte periodo enero-julio 2015, la misma que se realizará por medio de entrevistas y encuestas. Con los resultados de la investigación, se elaborará la tabulación de la misma.

Una vez concluida la investigación, los resultados obtenidos serán utilizados de manera ética y confidencial por lo que no representa ningún riesgo para Ud, de igual manera no tendrá ningún costo ni recibirá compensación económica por su participación en este estudio, además tiene derecho a negar su participación o a retirarse del estudio en cualquier momento.

Si Ud. Está de acuerdo en formar parte de esta investigación le solicitamos se digne firmar el presente documento, así como consignar su número de cédula de Identidad.

Yo..... con ID .....

Acepto participar en el estudio de investigación y manifiesto que tras haber leído este documento de investigación me considero adecuadamente informada y aclarado todas mis dudas con el equipo investigador. Por lo tanto doy mi consentimiento voluntario para realizar la encuesta de dicho estudio.

Firma: -----



## ANEXO N° 4 RECURSOS ECONÓMICOS

RUBRO	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
<b>MATERIALES/INSUMOS</b>		
Copias para formularios	0,02	20.00
Tinta para impresión	40	80.00
Anillados	6,00	18.00
Materiales en general		150.00
Recursos bibliográficos y software	1	50.00
Elaboración de informe final	100	50.00
Movilización y alimento		300.00
Teléfono (saldo)		50.00
<b>TOTAL</b>		668.00



## ANEXO N°5 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

		CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																								
MESES		1				2				3				4				5				6				
SEMANAS		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
		ACTIVIDADES																								
Solicitud de permisos adecuados y requeridos		*	*																							
Realización de encuestas			*	*	*	*	*	*																		
Tabulación de la información										*	*	*	*													
Elaboración del informe final															*	*	*	*								
Revisión y entrega del informe final																			*	*	*					