

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**  
**UNIDAD EDUCATIVA DE SALUD Y BIENESTAR**



**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICA**

**“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE  
CONTROL PRENATAL EN GESTANTES QUE ACUDEN A LABOR  
DE PARTO EN EL HOSPITAL LUIS FERNANDO MARTÍNEZ,  
CAÑAR ENERO-JUNIO 2017.”**

**AUTORA:**

**IVON MARGARITA PROAÑO LEÓN**

**DIRECTOR:**

**DR. FREDDY ROSENDO CÁRDENAS HEREDIA**

**CUENCA – ECUADOR**

**2017**

## DEDICATORIA

Dedico mi trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi papito Leonardo León, que, a pesar de nuestra distancia física, siento que está conmigo en todo momento y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntos, sé que este momento hubiera sido tan especial para el como lo es para mí, porque siempre fue mi principal apoyo y quien creyó en mí desde el primer minuto.

A mi madre Lorena León, porque con su infinito amor, apoyo y comprensión hasta en los momentos más difíciles supo cómo guiarme, gracias mami porque de ti aprendí a ser una mujer fuerte y luchadora por mis sueños, por ti soy quien soy y esto recién es el inicio.

Como no agradecerte a ti Hilda Tacuri, si la vida me dio a la mejor abuelita, tú siempre estuviste pendiente de cada prueba de cada examen, de acompañarme a ver las cosas que me serian útiles para mi ciclo y me tenías presente de que cada año aprobado era uno menos para llegar a la meta.

A ti ñañito Hugo Proaño, a pesar de ser mi “chiquito” supiste como apoyarme, porque cada día que me veías estudiar me motivaba a ser tu ejemplo.

## **AGRADECIMIENTO**

Al Dr. Freddy Cárdenas por depositar su confianza en mi persona para la realización de este trabajo de titulación y por el asesoramiento brindado.

A la Dra. Verónica Alvarracín quién fue un apoyo fundamental en mi formación como médico, gracias por cada una de sus enseñanzas, por haberme dado una mano amiga, porque más que mi residente fue la persona que confió en mí, esto apenas empieza y sé que gracias a Ud. aprendí amar más la medicina, gracias por su entrega y profesionalismo hacia las nuevas generaciones de médicos que nos estamos formando.

A todo el personal del Hospital Luis F. Martínez por el apoyo constante hacia mi persona desde el primer momento que llegue a esta noble institución los llevo en mi corazón y siempre recordaré el lugar en que me formé.

A mi familia por siempre ser un apoyo fundamental, quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Y no podía faltar el agradecerle a mis amigas Diana Quinde y Patricia Auquilla, porque sin el equipo que formamos y el apoyo de día a día no habiéramos logrado esta meta.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	8
CAPÍTULO I.....	9
1. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	10
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	11
CAPÍTULO II.....	13
2. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	13
2.1 ANTECEDENTES.....	13
2.2 BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS.....	13
2.2.1 Generalidades.....	13
2.2.2 Métodos de diagnóstico y control prenatal.....	15
2.2.3 Posibles complicaciones.....	19
2.3 HIPÓTESIS.....	21
CAPÍTULO III.....	22
3. OBJETIVOS.....	22
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
CAPÍTULO IV.....	23
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	23
4.1 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO.....	23
4.1.1 TIPO DE ESTUDIO.....	23
4.1.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN.....	23
4.1.3 UNIVERSO DE ESTUDIO.....	23
4.1.4 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	24
4.1.5 POBLACIÓN, MUESTREO Y MUESTRA.....	24
4.1.5.1 Población	24
4.1.5.2 Muestra	24

4.1.5.3 Muestreo	24
4.1.6 UNIDAD DE ANÁLISIS Y DE OBSERVACIÓN	24
4.2 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	24
4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	25
4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	25
4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	25
4.4 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN	25
4.4.1 MÉTODOS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	25
4.4.2 TÉCNICA	26
4.4.3 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS A UTILIZAR	26
4.4.3.1 Tablas	26
4.4.3.2 Medidas estadísticas	26
4.5 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS	26
4.6 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	26
4.6.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	26
CAPÍTULO V	30
5. RESULTADOS	30
5.1. CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO	30
5.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	30
5.3 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	31
CAPÍTULO VI	44
6. DISCUSIÓN	44
CAPÍTULO VII	50
7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, BIBLIOGRAFÍA	50
7.1 CONCLUSIONES	50
7.2 RECOMENDACIONES:	50
7.3 BIBLIOGRAFÍA	51
7.3.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	56
ANEXO # 1: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	56

ANEXO # 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO. ....60

## RESUMEN

**Antecedentes:** Se estima que cada día se producen 800 muertes maternas a nivel mundial, un gran número de estas podrían ser evitadas mediante la realización de los controles prenatales (1).

**Objetivo:** Determinar la prevalencia y los factores asociados a la falta de control prenatal en gestantes que acuden a labor de parto en el Hospital Luis Fernando Martínez en Cañar en el período de enero a junio del 2017.

**Metodología:** Se realizó una investigación de tipo descriptiva y transversal. La muestra estuvo conformada por 332 mujeres gestantes que acudieron a labor de parto en el Hospital Luis Fernando Martínez. Se aplicó una encuesta, la información fue ingresada en formularios y los datos fueron procesados utilizando el programa SPSS V15.0, los cuales se representaron en tablas.

**Resultados:** La media de edad fue de  $25,75 \pm 7,78$  años y las mujeres entre 20 y 29 años representaron el 46,4%, el 41,3% estaban casadas y el 49,4% tenían instrucción secundaria. El 64,8% reciben un salario mínimo unificado o menos mensual y el 51,2% residen en zonas rurales. El 52,4% tienen solo un hijo y en el 86,4% el embarazo estaba a término. La prevalencia de falta de controles prenatales (< 5 controles) fue de 41,9%, estas mujeres manifestaron dificultad en permisos del trabajo (18,4%), desempleo (13,3%), poco apoyo de la familia (19,3%) y domicilio lejano (21,4%). Además, percibieron un trato inadecuado y maltrato por parte del personal médico (16% y 12%), dicen que el tiempo de espera es largo (26,8%), tienen miedo al examen ginecológico (72,3%), no le dan importancia al control (62,3%) y se olvidan las citas (28%).

**Conclusiones:** La prevalencia de falta de control prenatal es alta (0,59) en las mujeres que son atendidas por labor de parto en el Hospital Luis Fernando Martínez de la ciudad de Cañar.

**Palabras claves:** Prevalencia, Factores asociados, Control prenatal.

## ABSTRACT

**Background:** It is estimated that every day 800 maternal deaths occur worldwide, a large number of these could be avoided by performing prenatal checks (1).

**Objective:** To determine the prevalence and factors associated with the lack of prenatal control in pregnant women attending labor at the Luis Fernando Martínez Hospital in Cañar from January to June, 2017.

**Methodology:** A descriptive and transversal research was carried out. The sample consisted of 332 pregnant women who attended labor in the Hospital Luis Fernando Martínez. A survey was applied, the information was entered in forms and the data were processed using the SPSS V15.0 program using absolute frequency, percentage and the Chi square statistic, which were represented in tables.

**Results:** The mean age was  $25.75 \pm 7.78$  years and women between 20 and 29 years old accounted for 46.4%, 41.3% were married and 49.4% had secondary education. 64.8% receive a unified minimum wage or less monthly and 51.2% live in rural areas. 52.4% had only one child and in 86.4% the pregnancy was at term. The prevalence of lack of prenatal controls (<5 controls) was 41.9%; these women showed difficulty in work permits (18.4%), unemployment (13.3%), 3% and distant domicile (21.4%). In addition, they perceived an inadequate treatment and mistreatment by medical personnel (16% and 12%), they say that the waiting time is long (26.8%), they are afraid of gynecological examination (72.3), they do not give importance to control (62.3%) and appointments are forgotten (28%).

**Conclusions:** The prevalence of lack of prenatal control is high in women who are cared for during labor in the Luis Fernando Martínez Hospital in the city of Cañar. In our study.

**Keywords:** Prevalence, Associated factors, Prenatal control.

## CAPÍTULO I

### 1. INTRODUCCIÓN

El cuidado que el Estado da a las madres y a sus hijos mide el nivel de desarrollo de un pueblo, puesto que la muerte materna se ha constituido en una seria problemática de salud pública que afecta en gran parte a los países subdesarrollados. Las muertes maternas son de aproximadamente 800 mujeres cada día a nivel mundial, según la OMS, las muertes maternas pueden ser evitadas si la mujer y su entorno aprenden a reconocer las señales de peligro a tiempo siendo la principal forma de lograrlo acudiendo a los controles prenatales (1).

Los controles prenatales consisten en una visita periódica a la casa asistencial, de esa forma podrá vigilarse la evolución del embarazo evitando riesgos futuros para la madre y el neonato que pueden repercutir directamente en la calidad de vida de ambos (2).

En el año 2015, el Ministerio de Salud Pública de Ecuador (MSP) actualizó una guía clínica acerca del embarazo y control prenatal, iniciativa impulsada junto con el plan nacional de salud Ecuador sin muertes maternas. El fin de esta guía no solo es el de disminuir la tasa de mortalidad, sino que también propone incrementar la atención de rutina en la gestación para disminuir riesgo obstétrico y fetal modificable, mejorando la calidad de atención y el beneficio obstétrico vital, determinar los embarazos riesgosos y crear un plan para evitar el sufrimiento fetal (3).

Los factores asociados al ausentismo del control prenatal, ayudará al sistema de salud pública y privada a mejorar la atención a este grupo, de la misma se podrá educar a madres y su familia sobre la importancia de los mismos (4,5).

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

Alrededor del mundo sugieren que la mayoría de lesiones y muertes maternas, así como casi tres cuartas partes de las muertes neonatales se podrían evitar si las mujeres recibieran la atención oportuna durante el embarazo, el parto y el posparto (5).

El centro latinoamericano de perinatología en el 2014 determinó que del total embarazadas atendidas en Manizales entre los años 2006 y 2007, el 62% acudió a todos los controles; la cantidad de productos sanos fue del 96% (6). En Montevideo en 2013 se determinó que aquellos factores que influyen a la atención correcta, temprana y eficiente es la facilitación de la atención a estas madres, y que el 36 % de las participantes sufrían de violencia, baja economía y vergüenza, siendo las principales razones para evitar un control (7). El mismo país en el 2012 se encontró que de las 80 participantes, el 42% acudió tardíamente a control, de este porcentaje el 76% presento complicaciones no especificadas (8). En Perú se demostró que el inadecuado control prenatal fue del 48% en pacientes con parto pretérmino, considerándose como riesgoso el control inadecuado para el desarrollo de un parto pretérmino (9).

En el 2015 en nuestro país se estableció un protocolo de atención prenatal dejando ver el interés en la seguridad de la madre y su producto, sin embargo en nuestro medio hacen falta estudios que reflejen por qué las madres no acuden a los controles prenatales, es necesario saber cuál es la prevalencia del mismo y los factores que lo causan , de esa forma el sistema de salud podrá mejorar en pro de una mejor atención y así como las madres y su familiar recibirán reeducación acerca de la importancia de los controles prenatales para su salud y la de sus hijos.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la prevalencia y los factores asociados a la falta de control prenatal en gestantes que acuden a labor de parto en el Hospital Luis Fernando Martínez en Cañar en el período de enero a junio del año 2017?

## **1.3 JUSTIFICACIÓN**

“El control prenatal involucra un conjunto de acciones en visitas de parte de la embarazada al establecimiento de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad, que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal.” (5).

A pesar que alrededor del mundo se han realizados varios estudios acerca del abandono de los controles prenatales, y se han relacionado estos directamente a la calidad de vida de la madre y sus hijos, también se ha seleccionado como una de las causas de las muertes maternas por no tratar a tiempo las complicaciones que el embarazo en ciertos casos acarrea, no se conoce la prevalencia del ausentismo a los controles en nuestro medio ni los factores que los causan. Es importante que el personal de salud pueda diagnosticar y tratar oportunamente las complicaciones que se presenten salvaguardado así un desarrollo adecuado y saludable del embarazo como está estipulado en el MAIS-FCI (Modelo de atención integral de salud).

Este estudio beneficiará al personal de salud, a las madres, a sus hijos y la familia, puesto que con este estudio se conocerá cuál es la prevalencia del ausentismo a los controles prenatales en las madres cuyos partos fueron atendidos en el hospital Luis Fernando Martínez de la ciudad de Cañar y cuáles son los factores que lo ocasionan. Los resultados de este estudio cumplen con los lineamientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, puesto que nos ayudan a conocer el estado de la problemática analizada en una población determinada.

Esto a su vez ayudará a mejorar los protocolos de atención primaria de salud y reeducar a la población en la importancia de este tema.

## **CAPÍTULO II**

### **2. FUNDAMENTO TEÓRICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES**

Un estudio realizado por el MSP, determinó que en el segundo trimestre de embarazo es cuando se encuentran un alto porcentaje de anomalías en el feto, pudiendo notarse la importancia de los controles prenatales en el primer trimestre de embarazo (10). Una investigación transversal en la que se incluyeron 730 gestantes, el 97% acudía a sus controles, obteniendo una media 4 controles prenatales; el 94% expuso que el control es beneficioso (9). Otro estudio realizado en México, concluyó que de las mujeres embarazadas atendidas entre 2005 y 2011 en la ciudad de Tijuana, el 68% asistieron a control prenatal y solo el 41% tuvieron un número mayor o igual a 5 citas (11). Datos obtenidos de la Revista Peruana De Ginecología indican que el riesgo relativo de la falta de control prenatal es de 3.02, por lo tanto la presencia del factor se asocia a la ocurrencia del evento (12).

#### **2.2 BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS**

##### **2.2.1 Generalidades**

Toda vida inicia con la unión de un espermatozoide con un ovocito, proceso denominado fecundación; una vez dada la unión de las células sexuales de los progenitores, se da comienzo a un constante desarrollo y división que al cabo de nueve meses dará como resultado un neonato preparado para afrontarse al mundo exterior y un posterior desarrollo que servirá para afrontar los años venideros (13).

En el transcurso de su desarrollo intrauterino, es probable el desarrollo anormal del feto, dando como resultado alteraciones compatible e incompatibles con la

vida, estas complicaciones son dadas por factores que amenazan el desarrollo fetal, por lo que es preciso un control paulatino y constante con el fin de determinar estos factores y prevenir complicaciones antes y durante el parto tanto para la madre como para el producto gestante; el MSP determinó que el porcentaje de anomalías fetales detectadas con ecografía en el segundo trimestre fueron; Sistema Nervioso Central 76%, vías Urinarias 67%, pulmonares 50%, gastrointestinales 42%, óseas 24% y cardíacas 17% (10).

Se puede dividir al desarrollo fetal en semanas o en meses, en los que se puede determinar y/o esperar alteraciones propias de la etapa; la primera forma permite identificar el desarrollo, pero para el desarrollo del trabajo se utilizará la división en trimestres (1,13).

En el primer trimestre se da la fecundación en las trompas de Falopio, y al mismo tiempo se da la división celular, que denomina al embrión en esta etapa como blastocito, y a la movilización hacia el útero para depositarse en el endometrio, proceso conocido como implantación. El desarrollo celular permite la formación del ectodermo, mesodermo y endodermo, de los que derivarán los órganos, por lo tanto, cualquier complicación en esta etapa, deriva con malformaciones de (13,14):

- Ectodermo: del que deriva el sistema nervioso central y periférico, orejas, nariz, ojos, hipófisis, glándulas mamarias y sudoríparas, piel y faneras.
- Mesodermo: del que deriva tejido muscular y subcutáneo, cartílago, hueso.
- Endodermo: del que deriva tubo digestivo, respiratorio, urinario, tiroides, paratiroides, hígado y páncreas.

Segundo y tercer trimestre: a partir del tercer mes se considera como periodo fetal, en el que los tejidos y órganos maduran, y el cuerpo crece y aumenta su peso; cualquier alteración en el desarrollo de los órganos dan como resultado alteración en su función (13 14).

## **2.2.2 Métodos de diagnóstico y control prenatal**

La confirmación de un embarazo se la realiza mediante una prueba sérica de la hormona gonadotrofina coriónica humana (HCG), el mismo se confirma mediante ecografía desde la cuarta semana; en caso de que en la ecografía de control se encuentre algo que alarme al profesional, se apoya un diagnóstico mediante marcadores séricos y la amniocentesis (14,15).

Las normativas del MSP del Ecuador recomiendan empezar los controles durante el primer trimestre de embarazo. Para llevar un control paulatino del embarazo, se ha adoptado la hoja de control 051, desarrollada por la organización mundial de la salud, en la se enfatiza todo antecedente materno, principalmente los antecedentes sexuales, infecciosos y gineco-obstétricos (3).

La consulta abarca (3):

- Determinar factores de riesgo.
- Determinar condición materna –fetal.
- Determinar la edad gestacional.

Según autores colombianos, se recomienda que los controles prenatales deben ser: periódicos, completos, precoces y gratuitos (16).

De igual manera, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha establecido una guía clínica de control prenatal que indica los procedimientos prioritarios a seguir de acuerdo a la edad gestacional, los mismos que se encuentran descritos a continuación:

### **Primer Trimestre de embarazo: (<12 semanas)**

- Anamnesis (FUM, FPP, violencia intrafamiliar, depresión)
- Examen físico completo (incluyendo IMC y TA)
- B-HCG en sangre
- Ecografía

- Tipología sanguínea
- Hb y Hcto
- Glicemia en ayunas
- VIH, Hepatitis B, VDRL
- Citología Vaginal
- Urocultivo
- Examen odontológico
- Informar acerca de signos de alarma
- Seguimiento de factores de riesgo modificables

**Segundo trimestre (12-24 semanas):**

- Examen físico completo
- Frecuencia cardíaca fetal
- Ecografía
- Detectar preeclampsia mediante toma de TA y valoración con proteinuria en 24 horas
- Seguimiento de factores de riesgo modificables
- Socializar la existencia de las sesiones de educación prenatal
- Informar acerca de signos de alarma

**A partir de las 34 semanas:**

- En las pacientes con tratamiento de anemia, seguir las indicaciones según GPC de Anemia en el Embarazo
- En embarazos con evolución normal informar fecha probable de parto
- Referencia según el caso para decisión de lugar y momento de terminación del embarazo de riesgo
- Asesoría en planificación familiar
- Informar acerca de signos de alarma

### **36 - 38 semanas:**

- Determinar la presentación, posición y situación fetal, en caso de duda realizar ecografía
- Las embarazadas con producto en presentación no cefálica deben ser informadas acerca de las alternativas para conseguir la presentación cefálica y referir al especialista
- En embarazadas con reporte anterior de placenta previa realizar nueva ecografía para verificar ubicación de la placenta
- Dar información de forma verbal apoyada en asesoramiento prenatal, facilitar información escrita y discutir dudas y problemas
- Asesoría en planificación familiar
- Informar acerca de signos de alarma

### **40 o más semanas:**

- Dar medidas preventivas de embarazo pos-término
- Referir al especialista en gineco-obstetricia para manejo individualizado
- Informar acerca de signos de alarma (3).

Los factores de riesgo considerados son (4):

- Historial de gestas
- Historial de abortos
- Infecciones (chagas, malaria, etc.) y su tratamiento
- Nutrición durante el embarazo
- Uso de fármacos y drogas

Se debe tomar en cuenta que los factores de riesgo abarcan una amplia gama, por lo que, en la primera consulta, el momento de abrir la historia clínica, se realizan exámenes de rutina a la madre, con el fin de disminuir la morbilidad (3):

- Medición de presión arterial
- Determinar fecha de última menstruación y fecha de parto
- Talla y peso
- Grupo sanguíneo, factor rh y coombs indirecto
- Biometría hemática (valorar anemia)
- Elemental y microscópico de orina
- Examen odontológico

Mediante el control prenatal es posible informar y educar a la madre de cambios benéficos del estilo de vida. Para la edad gestacional y la condición fetal el principal método de evaluación son la madre y la ecografía; toda referencia materna sirve como guía para el uso ecográfico y para su hallazgo, pues si la madre refiere algún tipo de molestias (por ejemplo, ausencia de movimiento fetal durante el fin de semana), se espera un hallazgo ecográfico relativo a la misma (se podría esperar un aborto) (3).

Ecografía: valora el desarrollo, edad, crecimiento, anomalías, posición y multiplicidad fetal y cantidad de líquido amniótico, ambiente uterino y placenta (12, 13). Para determinar la condición fetal mediante el uso de un ecógrafo se estudia edad y condición fetal (3):

Según la OMS, en caso de que el embarazo sea reconocido como de riesgo bajo, se recomienda 5 consultas de control. Pero si se cataloga como embarazo de riesgo medio o alto, la cantidad de controles dependerán del criterio médico y de la condición materno fetal, y se pueden profundizar los estudios con (4):

Pruebas de marcadores biológicos: mediante el estudio del suero materno se refuerza y/o comprueba un diagnóstico; por ejemplo determinar la concentración de alfa feto proteína ayuda a determinar defectos como (1,3):

- Disminución: síndrome de Down, aborto.
- Aumento: defecto del tubo neural, onfalocele, gastrosquisis, atresia intestinal.

Amniocentesis: permite extraer líquido de la cavidad amniótica para realizar pruebas hormonales y genéticas la que, mediante la obtención de células fetales y su división, determina aberraciones cromosómicas como trisomías (14,17).

### **2.2.3 Posibles complicaciones**

En el transcurso del desarrollo intrauterino es posible un gran número de anomalías congénitas, las que pueden ser compatibles o incompatibles con la vida.

Podemos diferenciar las anomalías en cuatro tipos (10,13,18):

- Malformaciones: en el periodo en el que se forman órganos, dando como resultado ausencia o su alteración.
- Interrupciones: modificación estructural de un órgano formado.
- Deformaciones: alteración de la forma de un órgano, generalmente por compresión prolongada.
- Síndromes: anomalías que aparecen juntas y tienen una causa común.

El MSP recomienda control ecográfico entre la semana 11 y 14, y la medición de la longitud cefalo-caudal para conocer la edad gestacional; en caso de que la ecografía se realice luego de la semana 14 se usa los valores de diámetro biparietal y longitud de fémur (3).

El MSP considera a la semana 22 la óptima para determinar la viabilidad fetal, mediante el uso de la biometría fetal, una serie de pruebas que determina la longitud del fémur, diámetro biparietal y diámetro abdominal, enfatizando en la anatomía del feto y el diagnóstico de malformaciones. A partir del tercer trimestre

valora únicamente alteraciones de crecimiento fetal mediante la longitud femoral y descartar placenta previa (3).

#### 2.2.4 Factores asociados

##### **Factores sociales:**

La sociedad genera algunos elementos que pueden influenciar en el control prenatal, el entorno juega un rol importante en la decisión de madre de acudir o no a los controles de su embarazo así también como la educación que haya recibido al respecto (19).

##### **Factores institucionales al abandono al control prenatal:**

Las instituciones de salud donde se recibe la atención prenatal juegan un papel primordial en la misma, tanto la ubicación geográfica como la calidad del personal de salud influyen directamente (20).

Según expertos de la universidad Surcolombiana, el tratamiento adecuado y oportuno de complicaciones maternas es uno de los tres pilares fundamentales para la disminución de la mortalidad materno infantil (20).

Según datos de la revista brasileña de ginecología y obstetricia, de un grupo de 236 gestantes, 109 casos y 102 controles consideraron haber recibido un examen físico incompleto, por lo que no acudieron a sus controles de manera adecuada; se comentó además que 28 mujeres tuvieron dificultades al realizar una cita mediante teléfono (21).

##### **Factores personales:**

El individuo tiene un papel dentro de la sociedad, dependiendo de su nivel social y cultural, existen elementos internos y externos que influyen en la toma de decisiones del individuo, aunado a la motivación y razones específicas, las personas deciden realizar una u otra actividad, por lo que existen factores propios de la persona que pueden asociarse (3).

Del estudio brasileño antes citado, de la muestra de 236, las razones por las que no se cumplieron adecuadamente con los controles fueron: ser soltera o estar separada (42 mujeres), trabajaban fuera de casa (94 mujeres) y trabajar 8 horas al día (75 mujeres); además el acudir sin acompañante a un control prenatal es factor de riesgo para su inasistencia (OR: 1.3) (21).

Para el Diario Internacional de Ginecología y Obstetricia, es común la inasistencia a control en mujeres con características como: pobreza, falta de educación, nuliparidad, edades tempranas, uso de instituciones públicas, e insatisfacción en el examen médico (22).

### **2.3 HIPÓTESIS**

La presente investigación no precisa la definición de hipótesis.

## **CAPÍTULO III**

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la prevalencia y los factores asociados a la falta de control prenatal en gestantes que acuden a labor de parto en el Hospital Luis Fernando Martínez en Cañar en el período de enero a junio del 2017.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

3.2.1 Caracterizar socio demográficamente a la población.

3.2.2 Determinar las características gineco-obstétricas de las mujeres.

3.2.3 Conocer la prevalencia de ausentismo a los controles prenatales en las gestantes estudiadas.

3.2.4 Identificar los factores asociados al ausentismo de los controles prenatales.

## **CAPÍTULO IV**

### **4. DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **4.1 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO**

Se realizó una investigación de tipo descriptiva y transversal. La población del estudio estuvo conformada por 332 mujeres gestantes que acudieron a labor de parto en el Hospital Luis Fernando Martínez en Cañar en el período de enero a junio del 2017. Se aplicó una encuesta, la información fue ingresada en formularios y los datos fueron procesados utilizando el programa SPSS V15.0 mediante frecuencia absoluta, porcentaje y el estadístico Chi cuadrado, los cuales se representaron en tablas.

##### **4.1.1 TIPO DE ESTUDIO**

El estudio que se realizó es de tipo descriptivo y transversal.

##### **4.1.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN**

El estudio se realizó en el área de Gineco-obstetricia del Hospital Luis Fernando Martínez de la ciudad de Cañar, provincia Cañar, Ecuador.

##### **4.1.3 UNIVERSO DE ESTUDIO**

El universo estuvo constituido por todas las mujeres gestantes que acudieron a labor de parto en el Hospital Luis Fernando Martínez en Cañar en el período de enero a junio del 2017. Sin embargo la población del estudio quedo conformada por las 332 mujeres gestantes que firmaron el consentimiento informado y acudieron a labor de parto en el Hospital Luis Fernando Martínez en Cañar en el período de enero a junio del 2017.

#### **4.1.4 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

En este estudio la muestra coincide con el universo, se analizaron 332 mujeres gestantes que acudieron a labor de parto en el Hospital Luis Fernando Martínez en Cañar en el período de enero a junio del 2017.

#### **4.1.5 POBLACIÓN, MUESTREO Y MUESTRA**

##### **4.1.5.1 Población**

La población estuvo constituida por 332 mujeres gestantes que acudieron a labor de parto en el Hospital Luis Fernando Martínez en Cañar en el período de enero a junio del 2017.

##### **4.1.5.2 Muestra**

Se trabajó con una muestra de 332 pacientes.

##### **4.1.5.3 Muestreo**

La investigación realizada no llevó incluidas técnicas de muestreo, debido a que coincide la muestra y el universo, con gran representatividad de la muestra.

#### **4.1.6 UNIDAD DE ANÁLISIS Y DE OBSERVACIÓN**

Se aplicó el procedimiento de observación no-practicante y análisis de contenido. Los datos fueron obtenidos mediante la aplicación de una encuesta a las mujeres participantes, los cuales fueron ingresados en formularios para su posterior análisis en el software estadístico.

#### **4.2 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Se realizó una investigación de tipo descriptiva y transversal. La muestra estuvo conformada por 332 mujeres gestantes que acudieron a labor de parto en el Hospital Luis Fernando Martínez en Cañar en el período de enero a junio del

2017. La información fue recolectada mediante la realización de encuestas y registrada en formularios para su posterior análisis.

### **4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

#### **4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Mujeres que acudieron a labor de parto en el Hospital Luis Fernando Martínez en Cañar desde el 1 de enero hasta el 30 de junio del año 2017.
- Mujeres que decidan voluntariamente participar en el estudio.

#### **4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Mujeres que no firmaron el Consentimiento Informado.
- Mujeres que no contestaron todas las preguntas.
- Pacientes en estado crítico.

### **4.4 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN**

Métodos: El método utilizado para recolectar la información fue el observacional.

Instrumentos: El instrumento utilizado para obtener la información fue un formulario de recolección de datos donde se encuentran todas las variables necesarias para el estudio (Anexo # 1).

Se abordó a las mujeres gestantes acudieron a atender su parto en el Hospital Luis F Martínez, se les explico en qué consistía el estudio y se leyó punto por punto el consentimiento informado, una vez que accedían y firmaban dicho consentimiento se procedió aplicarles la encuesta planteada para este estudio (Anexo # 1).

#### **4.4.1 MÉTODOS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

Para el procesamiento de la información obtenida se utilizó el programa estadístico SPSS V.15 mediante el uso de frecuencia absoluta y porcentajes.

#### **4.4.2 TÉCNICA**

La técnica utilizada para la recolección de la información fue la encuesta, se tomó como referencia una encuesta aplicada en un estudio publicado por la Universidad San Marcos de Lima Perú en el año 2014 (5), la cual fue modificada para adaptarla a nuestro medio.

#### **4.4.3 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS A UTILIZAR**

##### **4.4.3.1 Tablas**

En el estudio se utilizaron tablas simples y de doble entrada.

##### **4.4.3.2 Medidas estadísticas**

En el estudio se utilizaron las medidas estadísticas de frecuencia absoluta (n), porcentaje (%).

#### **4.5 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS**

Se solicitó la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Católica de Cuenca para la realización de la investigación. Además, se obtuvo el permiso correspondiente del Director del Hospital Luis Fernando Martínez de la ciudad de Cañar para realizar el estudio en la institución. Las mujeres firmaron un Consentimiento Informado para participar en el estudio (Anexo # 2). La información obtenida en este estudio es estrictamente confidencial y no será utilizada en otros trabajos, las participantes no serán expuestas de ninguna forma.

#### **4.6 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES**

##### **4.6.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento, hasta el momento de la atención.	Cronológica	Edad registrada en la cedula de identidad	10 a 19 años 20 a 29 años 30 a 39 años 40 a 49 años
<b>Estado civil</b>	Es el estado conyugal que presenta el paciente al momento de la atención.	Sociodemográfica.	Estado civil registrada en cedula de identidad.	Casada Soltera Divorciada Viuda Unión libre
<b>Instrucción</b>	El grado de escolaridad alcanzado por el paciente.	Sociodemográfica.	Datos referidos por la paciente.	Ninguna Primaria Secundaria Superior
<b>Nivel de ingreso económico familiar.</b>	Total de dinero y activos que perciben los proveedores de la familia como concepto de sueldo, ganancias, intereses, arriendos, y otros dividendos mensualmente, y que se destinan a las necesidades de la familia.	Dólares americanos	Cuentas bancarias, dinero en efectivo, cheques, activos.	Salario mínimo unificado al 2017 o menos. Dos salarios mínimos unificados al 2017. Tres salarios mínimos unificados al 2017. Más de tres salarios mínimos unificados al 2017.
<b>Residencia</b>	Lugar donde habita actualmente según el mapa geográfico del INEC.	Lugar donde vive.	Datos referidos por la paciente.	Urbana Rural

<b>Número de controles</b>	Cantidad de controles a los que acudió la madre durante el embarazo.	Controles	Datos referidos por la paciente.	Menos de 5 Igual o más de 5
<b>Número de hijos</b>	Cantidad de neonatos y/o mortinatos recibidos en el parto	Cantidad de hijos	Datos registrados en el formulario.	1 2 3 4 5 6
<b>Edad Gestacional</b>	Edad en semanas de un recién nacido desde la fecha de última menstruación	Biológica	Datos registrados en el formulario.	Post-término Término Prematuro tardío Prematuro Muy prematuro Extremadamente prematuro
<b>Dificultad en el trabajo</b>	Dificultades para pedir permiso al trabajo para acudir al control prenatal.	Social	Respuesta registrada en el formulario.	Si No
<b>Desempleo</b>	Actualmente no se encuentra laborando.	Sociodemográfica	Respuesta registrada en el formulario.	Si No
<b>Domicilio lejano</b>	Vive lejos del establecimiento de salud donde acude para control prenatal	Sociodemográfica	Respuesta registrada en el formulario.	Si No
<b>Trato inadecuado</b>	ha considerado que no la trataban adecuadamente	Percepción.	Respuesta registrada en el formulario.	Si No

<b>Episodios de maltrato por parte del personal de salud</b>	ha sufrido algún tipo de maltrato por parte del profesional que le atendió	Social.	Respuesta registrada en el formulario.	Si No
<b>Tiempo de espera largo</b>	Consideró que esperaría mucho tiempo para su atención	Cronológica	Respuesta registrada en el formulario.	Si No
<b>Miedo al examen ginecológico</b>	Temor al examen ginecológico que se le practicaría.	Percepción.	Respuesta registrada en el formulario.	Si No
<b>Importancia del control prenatal.</b>	Considero de poca importancia al control prenatal.	Social	Respuesta registrada en el formulario.	Si No
<b>Olvido de citas.</b>	Olvido acudir a las citas programadas.	Personal.	Respuesta registrada en el formulario.	Si No

## **CAPÍTULO V**

### **5. RESULTADOS**

#### **5.1. CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO**

La presente investigación se realizó en al área de Gineco-obstetricia del Hospital Luis Fernando Martínez de la ciudad de Cañar, Ecuador. Fueron encuestadas 332 mujeres que acudieron a labor de parto en el período de enero a junio del 2017.

#### **5.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Se analizaron 332 pacientes en labor de parto que fueron atendidas en el Hospital Luis Fernando Martínez de la ciudad de Cañar en el período de enero a junio del año 2017.

### 5.3 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Tabla # 1. Distribución de 332 pacientes en labor de parto atendidas en el Hospital Luis Fernando Martínez según las características sociodemográficas. Cañar, enero-junio 2017.

CARACTERÍSTICA		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
	10-19	82	24,7
	20-29	154	46,4
	30-39	80	24,1
	40-49	16	4,8
	Casada	137	41,3
	Soltera	73	22,0
	Divorciada	16	4,8
	Unión libre	106	31,9
	Ninguna	9	2,7
	Primaria	118	35,5
	Secundaria	164	49,4
	Superior	41	12,3
	Un salario mínimo unificado o menos.	215	64,8
	Dos salarios mínimos unificados.	96	28,9
	Tres salarios mínimos unificados.	21	6,3
	Urbana	162	48,8
	Rural	170	51,2
Total		332	100,0

Fuente: formularios de recolección de datos.  
Realizado por: la autora.

Análisis: La Tabla # 1 muestra las características sociodemográficas de la población estudiada, se evidencia que predominaron las mujeres entre 20 y 29 años (46,4%), la media de edad fue de  $25,75 \pm 7,78$  años. Además, se observa mayor frecuencia de gestantes casadas (41,3%) y que han alcanzado la instrucción secundaria (49,4%). En cuanto a los ingresos mensuales, la mayoría reciben un salario mínimo unificado o menos, con el 64,8%, y poco más de la mitad de las mujeres residen en zonas rurales, con el 51,2%.

Tabla # 2. Distribución de 332 pacientes en labor de parto atendidas en el Hospital Luis Fernando Martínez según las características gineco-obstétricas. Cañar, enero-junio 2017.

CARACTERÍSTICA	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
0	21	6,3
1	174	52,4
2	89	26,8
3	27	8,1
4	14	4,2
5	5	1,5
6	2	0,6
31-36,6	43	13,0
37-41,6	287	86,4
≥42	2	0,6
Total	332	100,0

Fuente: formularios de recolección de datos.  
Realizado por: la autora.

Análisis: La Tabla # 2 muestra las características gineco-obstétricas de la población estudiada, se evidencia que hay mayor frecuencia de mujeres que tenían 1 y 2 hijos, con 52,4% y 26,8% respectivamente. Además, podemos

observar que en la gran mayoría de casos el embarazo estaba a término, con el 86,4%.

Tabla # 3. Distribución de 332 pacientes en labor de parto atendidas en el Hospital Luis Fernando Martínez según el número de controles prenatales. Cañar, enero-junio 2017.

NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<5	139	41,9
≥5	193	58,1
Total	332	100,0

Fuente: formularios de recolección de datos.  
Realizado por: la autora.

Análisis: La Tabla # 3 muestra que de las 332 pacientes en labor de parto que fueron atendidas en el Hospital Luis Fernando Martínez desde enero hasta junio del 2017, 139 habían acudido a menos de 5 controles prenatales durante el embarazo, lo que representa una prevalencia de falta de control prenatal del 41,9%.

Utilizando la fórmula para calcular la prevalencia: total de casos (193) por el total de la población (332), podemos decir que la prevalencia de falta de control prenatal de nuestro es de 0,59.

## FACTORES SOCIALES

Tabla # 4. Distribución de 332 pacientes en labor de parto atendidas en el Hospital Luis Fernando Martínez según la dificultad en permisos del trabajo y la falta de controles prenatales. Cañar, enero-junio 2017.

DIFICULTAD EN PERMISOS DEL TRABAJO		FALTA DE CONTROLES PRENATALES		Total
		Si	No	
	n	61	91	152
	%	18,4%	27,4%	45,8%
	n	78	102	180
	%	23,5%	30,7%	54,2%
	n	139	193	332
	%	41,9%	58,1%	100,0%

Fuente: formularios de recolección de datos.  
Realizado por: la autora.

Análisis: La Tabla # 4 muestra que casi la mitad de las mujeres presentaron dificultad en permisos del trabajo para acudir a los controles prenatales (45,8%), correspondiendo un 18,4% a las gestantes que asistieron a menos de 5 controles durante todo el embarazo.

Tabla # 5. Distribución de 332 pacientes en labor de parto atendidas en el Hospital Luis Fernando Martínez según el desempleo y la falta de controles prenatales. Cañar, enero-junio 2017.

DESEMPLEO		FALTA DE CONTROLES PRENATALES		Total
		Si	No	
	n	44	69	113
	%	13,3%	20,8%	34,0%
	n	95	124	219
	%	28,6%	37,3%	66,0%
	n	139	193	332
	%	41,9%	58,1%	100,0%

Fuente: formularios de recolección de datos.  
Realizado por: la autora.

Análisis: La Tabla # 5 muestra que la mayoría de las mujeres no estaban en situación de desempleo (66%), correspondiendo un 28,6% a las gestantes que asistieron a menos de 5 controles durante todo el embarazo.

Tabla # 6. Distribución de 332 pacientes en labor de parto atendidas en el Hospital Luis Fernando Martínez según el poco apoyo de la familia y la falta de controles prenatales. Cañar, enero-junio 2017.

POCO APOYO DE LA FAMILIA		FALTA DE CONTROLES PRENATALES		Total
		Si	No	
	n	64	98	162
	%	19,3%	29,5%	48,8%
	n	75	95	170
	%	22,6%	28,6%	51,2%
	n	139	193	332
	%	41,9%	58,1%	100,0%

Fuente: formularios de recolección de datos.  
Realizado por: la autora.

Análisis: La Tabla # 6 muestra que casi la mitad de las mujeres manifestaron poco apoyo de la familia (48,8%), correspondiendo un 19,3% a las gestantes que asistieron a menos de 5 controles durante todo el embarazo.

Tabla # 7. Distribución de 332 pacientes en labor de parto atendidas en el Hospital Luis Fernando Martínez según el domicilio lejano y la falta de controles prenatales. Cañar, enero-junio 2017.

DOMICILIO LEJANO		NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES		Total
		<5	≥5	
	n	71	100	171
	%	21,4%	30,1%	51,5%
	n	68	93	161
	%	20,5%	28,0%	48,5%
	n	139	193	332
	%	41,9%	58,1%	100,0%

Fuente: formularios de recolección de datos.  
Realizado por: la autora.

Análisis: La Tabla # 7 muestra que en más de la mitad de los casos el domicilio de las gestantes es lejano a la unidad de salud (51,5%), correspondiendo un 21,4% a las mujeres que asistieron a menos de 5 controles durante todo el embarazo.

## FACTORES INSTITUCIONALES

Tabla # 8. Distribución de 332 pacientes en labor de parto atendidas en el Hospital Luis Fernando Martínez según el trato inadecuado por parte del personal sanitario y la falta de controles prenatales. Cañar, enero-junio 2017.

TRATO INADECUADO POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD		NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES		Total
		<5	≥5	
	n	53	87	140
	%	16,0%	26,2%	42,2%
	n	86	106	192
	%	25,9%	31,9%	57,8%
	n	139	193	332
	%	41,9%	58,1%	100,0%

Fuente: formularios de recolección de datos.  
Realizado por: la autora.

Análisis: La Tabla # 8 muestra que la mayoría de las mujeres no perciben un trato inadecuado por parte del personal de salud (59,8%), correspondiendo un 25,9% a las gestantes que asistieron a menos de 5 controles durante todo el embarazo.

Tabla # 9. Distribución de 332 pacientes en labor de parto atendidas en el Hospital Luis Fernando Martínez según los episodios de maltrato por parte del personal de salud y la falta de controles prenatales. Cañar, enero-junio 2017.

EPISODIOS DE MALTRATO POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD		NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES		Total
		<5	≥5	
	n	40	63	103
	%	12,0%	19,0%	31,0%
	n	99	130	229
	%	29,8%	39,2%	69,0%
	n	139	193	332
	%	41,9%	58,1%	100,0%

Fuente: formularios de recolección de datos.  
Realizado por: la autora.

Análisis: La Tabla # 9 muestra que la mayoría de las mujeres no han recibido episodios de maltrato por parte del personal de salud (69%), correspondiendo un 29,8% a las gestantes que asistieron a menos de 5 controles durante todo el embarazo.

Tabla # 10. Distribución de 332 pacientes en labor de parto atendidas en el Hospital Luis Fernando Martínez según el tiempo de espera largo y la falta de controles prenatales. Cañar, enero-junio 2017.

TIEMPO DE ESPERA LARGO		NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES		Total
		<5	≥5	
	n	89	111	200
	%	26,8%	33,4%	60,2%
	n	50	82	132
	%	15,1%	24,7%	39,8%
	n	139	193	332
	%	41,9%	58,1%	100,0%

Fuente: formularios de recolección de datos.  
Realizado por: la autora.

Análisis: La Tabla # 10 muestra que la mayoría de las mujeres manifestaron que el tiempo de espera en la consulta es largo (60,2%), correspondiendo un 26,8% a las gestantes que asistieron a menos de 5 controles durante todo el embarazo.

Tabla # 11. Distribución de 332 pacientes en labor de parto atendidas en el Hospital Luis Fernando Martínez según el miedo al examen ginecológico y la falta de controles prenatales. Cañar, enero-junio 2017.

MIEDO AL EXAMEN GINECOLÓGICO		NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES		Total
		<5	≥5	
	n	106	134	240
	%	31,9%	40,4%	72,3%
	n	33	59	92
	%	9,9%	17,8%	27,7%
	n	139	193	332
	%	41,9%	58,1%	100,0%

Fuente: formularios de recolección de datos.  
Realizado por: la autora.

Análisis: La Tabla # 11 muestra que la mayoría de las mujeres tienen miedo al examen ginecológico (72,3%), correspondiendo el 31,9% a las gestantes que asistieron a menos de 5 controles durante todo el embarazo.

## FACTORES PERSONALES

Tabla # 12. Distribución de 332 pacientes en labor de parto atendidas en el Hospital Luis Fernando Martínez según la importancia al control prenatal y la falta de controles prenatales. Cañar, enero-junio 2017.

LE DA IMPORTANCIA AL CONTROL PRENATAL		NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES		Total
		<5	≥5	
	n	46	79	125
	%	13,9%	23,8%	37,7%
	n	93	114	207
	%	28,0%	34,3%	62,3%
	n	139	193	332
	%	41,9%	58,1%	100,0%

Fuente: formularios de recolección de datos.  
Realizado por: la autora.

Análisis: La Tabla # 12 muestra que la mayoría de las mujeres no le dan importancia al control prenatal (62,3%), correspondiendo el 28% a las gestantes que asistieron a menos de 5 controles durante todo el embarazo.

Tabla # 13. Distribución de 332 pacientes en labor de parto atendidas en el Hospital Luis Fernando Martínez según el olvido de las citas y la falta de controles prenatales. Cañar, enero-junio 2017.

OLVIDO DE LAS CITAS		NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES		Total
		<5	≥5	
	N	93	114	207
	%	28,0%	34,3%	62,3%
	N	46	79	125
	%	13,9%	23,8%	37,7%
	N	139	193	332
	%	41,9%	58,1%	100,0%

Fuente: formularios de recolección de datos.  
Realizado por: la autora.

Análisis: La Tabla # 13 muestra que a la mayoría de las mujeres se le olvidan las citas médicas para el control prenatal (62,3%), correspondiendo el 28% a las gestantes que asistieron a menos de 5 controles durante todo el embarazo.

## CAPÍTULO VI

### 6. DISCUSIÓN

El nivel de desarrollo de un pueblo se ve reflejado en el cuidado que el Estado brinda a las madres y a sus hijos, puesto que la muerte materna se ha convertido en una seria problemática de salud pública que afecta especialmente a los países subdesarrollados. Según la OMS, las muertes maternas son de aproximadamente 800 mujeres al día a nivel mundial, las muertes maternas pueden ser evitadas si la mujer y su entorno aprenden a reconocer las señales de peligro a tiempo siendo la principal forma de lograrlo el acudir a los controles prenatales (1).

Al caracterizar socio demográficamente a las participantes de nuestro estudio en cuanto a la edad encontramos que las pacientes de 20 a 29 años se presentan con un 46,4%; luego se encuentran las de 10-19 años con un 24,7%, le sigue con un 24,1% las de 30-39 años y finalmente se sitúan las pacientes entre 40-49 años con un 4,8%. En cuanto al estado civil las mujeres casadas prevalecen con 41,3%, seguidas por las que se encuentran en unión libre con un 31,9% mientras que las solteras alcanzan un 22,0% dejando las divorciadas con un 4,8% del total. La instrucción de las participantes se divide porcentualmente de la siguiente manera: Secundaria con un 49,4%; Primaria 35,5%; Superior 12,3%. En referente a los ingresos que se aportan en el hogar con un salario mínimo unificado o menos viven un 64,8% de las participantes de esta investigación, un 28,9 % vive con dos salarios mínimos unificados y únicamente con 6,3% viven con tres salarios mínimos unificados. La repartición porcentual de la residencia de las participantes de este estudio se presenta de la siguiente manera: rural 51,2% y urbana con 48,8%.

Al analizar las características ginecobstetricias de las pacientes apreciamos que el número de hijos de la mujeres que participaron en esta investigación varia de 0 a 6, teniendo mayor porcentaje aquellas que tiene un hijo con un 52,4%, con un 26,8% las que tienen 2 hijos, las mujeres con 3 hijos alcanzan un 8,1%, con un

6,3% están las mujeres que no tienen hijos, seguidas por las que tienen 4 hijos con un 4,2% y con un porcentaje muy similar tenemos finalmente las que tuvieron 5 y 6 hijos con 1,5% y 1,6% respectivamente. En referencia a las semanas de gestación se presentaron los siguientes porcentajes: de 37-41,6 semanas un 86,4%; con un 13% se encuentran las mujeres con 31-36,6 semanas de gestación y finalmente las que tienen igual o más de 42 semanas de gestación con 0,6%.

De las pacientes estudiadas se determinó que las mujeres que tienen 5 o más controles se presentan con el 58,1% y las mujeres que tienen 5 o menos controles prenatales con un 41,9%, pudiendo notarse que la prevalencia de ausentismo a los controles prenatales es alta. Un estudio realizado en Colombia a 11,046 mujeres que durante los últimos cinco años culminaron su embarazo y que cumplían los requisitos del mismo; dio como resultado que de 7091 mujeres del área urbana, el 1% (185) no tuvieron ningún control prenatal, y el 5% (460) controles inconcluso o incumplidos; en el área rural, de 3955 mujeres, el 6% (431) no tuvieron ningún control, y el 10% (600) tuvieron controles no óptimos (22). Otro estudio Colombiano, en el que se relaciona el uso materno del servicio prenatal dio como resultado que de 1,2955 mujeres, el 12% (1559) no acudieron a cuidados prenatales; de este grupo, el 60% (935) correspondió al área rural; en cuanto a escolaridad, el 50% (779) curso la educación primaria, el 37% (577) la secundaria, el 8% (124) era analfabeta y el 3% (47) terminó la educación superior; el 49% (763) afirmó que el embarazo fue no deseado y el 85% refirió gozar de un índice de riqueza bajo. Se concluyó que la edad no representó ser un factor de mayor uso, al igual que la multiparidad. En este caso el mayor uso de servicios de salud prenatales se realizó en mujeres que habitaban en el área urbana (23). Un estudio cuantitativo, explicativo de tipo transversal, realizado en la Ciudad de Montevideo a 80 mujeres gestantes, en el que se evaluó acceso al centro de salud y presentación a la cita por parte de las gestantes, El 76% de las madres con control tardío refirieron dificultad en el acceso; la falta de dinero para el transporte y el cuidado de otros hijos fueron las principales dificultades(24). En Ecuador, en el año 2015 se encuestó a 55 mujeres embarazadas; 11 madres acudieron a menos de 5 controles, y en el segundo grupo 2 madres acudieron a

más de 5 controles; en relación a escolaridad, aquellas con educación superior tienen una media de 6 controles, (4). Un estudio realizado sobre los factores asociados con la utilización de servicios de atención prenatal, en Ecuador en el 2016, en el que la muestra estaba conformada por 5988 mujeres de distintas etnias, edades, escolaridad, ocupación, etc. Se obtuvo que el 79% acudiera a al menos 4 controles (25). Al comparar nuestros resultados con otros estudios locales y regionales podemos ver que hay relación en los resultados, no obstante la inasistencia al controles prenatales se presenta aun en altos porcentajes, incluso es preocupante que casi la mitad de las participantes de este estudio presenten menos de 5 controles prenatales.

Se analizaron los factores asociados al ausentismo del control prenatal, dentro de los factores laborales se encontró que de las pacientes que refirieron tener dificultad en conseguir permiso en su trabajo el 18,4% si acudió a los controles prenatales y el 27,4% no lo hizo, en cambio las pacientes que refirieron no tener dificultad en conseguir permisos en su trabajo el 23,5% acudieron al control prenatal y 30,7% de las pacientes no lo hicieron, es decir las pacientes que tenían mayor facilidad en su empleo para acudir a dichos controles son las que menos lo hicieron, sin embargo no se encontró asociación estadística entre ausentismo al control prenatal y la dificultad de conseguir permiso en su trabajo. De las pacientes que refirieron estar desempleadas un 20,8% no acudieron a los controles prenatales mientras aquellas que refirieron no estar desempleadas un 37,3% no acudieron, tampoco se encontró relación estadística entre estas variables. Al estudiar los factores familiares se observó que las mujeres que refirieron tener poco apoyo de la familia un 19,3% si acudieron a los controles prenatales y no acudieron un 19,3% de las pacientes, en cambio las que refirieron tener apoyo de la familia un 41,9% acudieron a los controles prenatales y 58,1% no lo hicieron, pudiendo notarse claramente que el apoyo familiar influye en este caso en acudir a los controles, aun así no hay relación estadística. De las participantes de esta investigación que refirieron tener un domicilio lejano el 21,4% tiene menos de 5 controles prenatales y el 30,1% tiene 5 o más controles prenatales mientras que aquellas que refirieron no tener un domicilio lejano un

20,5% tiene menos de 5 controles prenatales y el 28% tiene 5 o más controles prenatales. Las pacientes que refirieron haber tenido un trato inadecuado por parte del personal de salud, un 16% tiene menos de 5 controles prenatales y 26,2% tienen 5 o más controles prenatales en cambio las que refirieron no haber tenido un trato inadecuado por parte del personal de salud un 25,9% tiene menos de 5 controles prenatales y 31,9% tienen 5 o más controles prenatales. Las mujeres que refirieron haber tenido algún episodio de maltrato por parte del personal de salud el 12% tienen menos de 5 controles prenatales y 19% tienen 5 o más controles prenatales, mientras que aquellas que refirieron no haber tenido algún episodio de maltrato por parte del personal de salud 29,8% tienen menos de 5 controles prenatales y 39,2% tienen 5 o más controles prenatales. Las madres que mencionaron haber tenido un tiempo de espera largo el 26,8 % tienen menos de 5 controles prenatales y el 33,4% tienen 5 o más controles prenatales, en cambio las que mencionaron no haber tenido un tiempo de espera largo el 15,1% tienen menos de 5 controles prenatales y el 24,7% tienen 5 o más controles prenatales, De las pacientes que mencionaron tener miedo al examen ginecológico, el 31,9% tienen menos de 5 controles prenatales y el 40% tienen 5 o más controles prenatales y por otro lado las que refirieron no tener miedo al examen ginecológico el 9,9% tienen menos de 5 controles prenatales y 17,8% tienen 5 o más controles prenatales., al analizar los factores personales de las pacientes se encontró que de las madres que le dieron importancia a los controles prenatales, el 13,9% tienen menos de 5 controles prenatales y el 23,8% tienen 5 o más controles prenatales, en cambio las mujeres que mencionaron que no le dan importancia a los controles prenatales el 28% tienen menos de 5 controles prenatales y el 34,3% tienen 5 o más controles prenatales. Las mujeres que refieren haber tenido olvido de las citas el 28% tienen menos de 5 controles prenatales y el 34,3% tienen 5 o más controles prenatales mientras aquellas que mencionaron no haber tenido olvido de las citas el 13,9% tienen menos de 5 controles prenatales y el 23,8% tienen 5 o más controles prenatales. Existe una relación porcentual importante y lógica en los resultados al notar que las pacientes que tienen condiciones laborales, familiares y personales desfavorables

son las que menos asistencia tuvieron al control prenatal. Podemos relacionar nuestros resultados con estudios parecidos en la región y en el país. Un estudio de mortalidad materna realizado con un estudio de casos y controles que se llevó a cabo en Perú determinó que: el 11% consideran que el control prenatal no tiene importancia, por lo que lo abandonaron o no acudieron, se obtuvo una probabilidad de abandono 21 veces mayor; el 28% consideraba o referían que acudir al control gestacional dificultaba tareas de casa, el 29% refirió dificultad con permisos de trabajo, El 17% de las madres que abandonaron los controles refirieron lejanía del centro de salud; el 34% consideró que el tiempo de espera para la atención fue exagerado, el 15% afirmó que la calidad de atención no fue adecuada, resultando una probabilidad de abandono 2 veces mayor (26). De un estudio realizado a 661 mujeres colombianas se pudo determinar que el 47% de ellas no cumplieron con sus controles prenatales, mediante Odds Ratio se concluyó que los factores protectores de asistencia a controles gestacionales son: el ser mayor de 23 años (OR 1,4), estudios de secundaria o mayores (OR 1,6), tener pareja estable (OR 1,9), apoyo familiar (OR 3,2) y afiliación en salud; por lo tanto estas variables determinan el apego a un adecuado control prenatal, siendo sus contrarios factores de riesgo para el cumplimiento (27.) En un estudio realizado en el año 2014 en Colombia acerca del efecto de las barreras de acceso sobre el control prenatal se conoció que de un total de 49 mujeres embarazadas, se investigaron los factores determinantes y las causas de inasistencia al control prenatal; sueldo bajo un 15%, lejanía de centro de salud 2%, retraso en autorización de trámites (permisos, autorizaciones, aceptación a centro (28). Un estudio de casos y controles llevado a cabo en Manizales, en el que se estudió la satisfacción materna y su relación con el apego a los controles gestacionales concluyó que las principales barreras de acceso son: la escases de dinero, por lo que las madres acudieron tardíamente a su primer control, exceso de trámites. El estudio recalca que la satisfacción de las embarazadas con el servicio brindado en todo el centro de salud da una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la asistencia a los controles, al igual que el trato brindado por el personal de salud (29).

En Colombia, se investigó a 540 mujeres y los riesgos reproductivos, se determinó que el 45% presentaron dificultades de acceso a un centro de salud, se concluyó que la falta de control y la dificultad de determinación oportuna de riesgos materno fetales incrementa la mortalidad materna, y aunque no determina el porcentaje, si infiere que el ausentismo por las variables mencionadas anteriormente y se asocia a mortalidad materna extrema (30), es allí donde radica la importancia de los controles puesto que la falta de ello influye directamente en los resultados del parto y la calidad de vida posterior del niño (31).

## CAPÍTULO VII

### 7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, BIBLIOGRAFÍA

#### 7.1 CONCLUSIONES

- La prevalencia de falta de control prenatal es alta (0,59) en las mujeres que son atendidas por labor de parto en el Hospital Luis Fernando Martínez de la ciudad de Cañar.
- La media de edad fue de  $25,75 \pm 7,78$  años y las mujeres entre 20 y 29 años representaron el 46,4%, el 41,3% estaban casadas y el 49,4% tenían instrucción secundaria. El 64, 8% reciben un salario mínimo unificado o menos mensual y el 51,2% residen en zonas rurales. El 52, 4% tienen solo un hijo y en el 86, 4% el embarazo estaba a término.
- La falta de controles prenatales (< 5 controles) fue de 41,9%, estas mujeres manifestaron dificultad en permisos del trabajo (18,4%), desempleo (13,3%), poco apoyo de la familia (19,3%) y domicilio lejano (21,4%). Además, percibieron un trato inadecuado y maltrato por parte del personal médico (16% y 12%), dicen que el tiempo de espera es largo (26,8%), tienen miedo al examen ginecológico (72,3), no le dan importancia al control (62,3%) y se olvidan las citas (28%).

#### 7.2 RECOMENDACIONES:

- Organizar charlas informativas acerca de los beneficios de los controles prenatales y el riesgo que acarrea no cumplirlos a cabalidad.
- Colocar en la institución carteles informativos acerca de los beneficios de los controles prenatales y el riesgo que acarrea no cumplirlos a cabalidad.
- Brindar charlas de capacitación al personal acerca del trato a los pacientes.

## 7.3 BIBLIOGRAFÍA

### 7.3.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de salud pública del Ecuador, (2014). Ecuador sin muertes maternas. Quito.
2. Cáceres, F. (2009). El control prenatal: una reflexión urgente. Revista colombiana de obstetricia y ginecología, [online] 60(2). Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/342> [Último Acceso 2 Feb. 2017].
3. Ministerio de salud Pública del Ecuador, (2015). Control prenatal, guía de práctica clínica. Quito.
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2011). Historia clínica perinatal y formularios complementarios. [image] Available at: [http://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=sip&alias=219-sistema-informatico-perinatal-sip-historia-clinica-perinatal-instrucciones-de-llenado-2&Itemid=219&lang=es](http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sip&alias=219-sistema-informatico-perinatal-sip-historia-clinica-perinatal-instrucciones-de-llenado-2&Itemid=219&lang=es) [Accessed 2 May 2017].
5. Munares Garcia O. Factores asociados al abandono al control prenatal – Instituto Nacional Materno Perinatal - 2011 [tercer nivel]. Universidad nacional Mayor San Marcos , Peru; 2014.
6. Alvarez, J., Caballero, F., Castaño Castrillón, J., Escobar, D., Feranco, A., Gómez, P., Mosquera, P., Suarez, L., Villegas, V., Villegas, O., Zuluaga, P. and Zuluaga, V. (2014). Cumplimiento de las actividades de promoción y prevención en el control prenatal en una entidad de 1° nivel, Manizales, años 2005-2007. [online] Ridum.umanizales.edu.co. Disponible en: <http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/handle/6789/1451> [Último acceso 2 Feb. 2017].
7. Poffald, L., Hirmas, M., Aguilera, X., Vega, J., González, M. and Sanhueza, G. (2013). Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile. [online] Scielo.org.mx. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036->

- 36342013001000006&script=sci\_arttext&tIng=en [ultimo acceso 2 Feb. 2017].
8. Stein, A. (2012). accesibilidad al primer control de embarazo en un centro de salud en la ciudad de montevideo. *Enfermeria: cuidados humanizados*, [online] 1(1). Disponible en: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/807/801> [Último acceso 11 Feb. 2017].
  9. Miranda C, Castillo IY. Factores de necesidad asociados al uso adecuado del control prenatal. *Rev Cuid.* 2016; 7(2): 1345-51. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.340>
  10. Cura Rodríguez, J., Pedraza, S. and Gayete, A. (2010). *Radiología esencial*. 1st ed. Buenos Aires: Médica Panamericana.
  11. Gonzaga-Soriano M, Zonana-Nacach A, Anzaldo-Campos M, Olazarán-Gutiérrez A. Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California [Internet]. *Scielo.org.mx*. 2014 [cited 17 May 2017]. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342014000100005&script=sci\\_arttext&tIng=pt](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342014000100005&script=sci_arttext&tIng=pt)
  12. Pinedo A, Távora L, Chumbe O, Parra J. Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna. [Internet]. *Spog.org.pe*. 2015 [cited 17 May 2017]. Available from: [http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1765/pdf\\_252](http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1765/pdf_252)
  13. Sadler, T.W. *Langman's Medical Embryology*,. 12th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2012.
  14. Moore K. *Embriología Clínica*. 8th ed. London: Elsevier Health Sciences Brazil; 2013.
  15. Pedrosa C.S. Casanova R. *Pedrosa, diagnóstico por imagen*,.2th ed Mc Graw-Hill Interamerican
  16. Caceres F. control prenatal:una refelexion urgente. *revista colombiana de obstetricia y ginecologia* [Internet]. 2016 [cited 17 May 2017];60(2). Available from:

- <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/342/358>
17. Miñano Reyes, M. (2017). Control prenatal inadecuado como factor asociado a parto pretermino en pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo. [online] Repositorio.upao.edu.pe. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2249> [Último acceso 2 Feb. 2017].
  18. Fescina, R., Duverges, C. and Schwarcz, R. (2016). Obstetricia de Schwarcz. 7th ed. El Ateneo
  19. Arispe, C., Salgado, M., Tang, G., González, C. and Rojas, J. (2011). Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia: Frequency of inadequate prenatal care and associated factors. [online] Scielo.org.pe. Disponible en: [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) [Último Acceso 2 Feb. 2017].
  20. Quintero J, Olaya S, Peña A, Gil Y, Palencia Y. morbilidad materna extrema, analisis de las tres demoras. revista facultad de salud de la Universidad Surcolombiana [Internet]. 2013 [cited 17 May 2017];5(2). Available from: <https://www.journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/142/251>
  21. Costa Ana Lucia do Rego Rodrigues, Araujo Junior Edward, Lima Jose Wellington de Oliveira, Costa Fabricio da Silva. Fatores de risco materno asociados a necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [Internet]. 2014 Jan [cited 2017 Sep 14]; 36( 1 ): 29-34. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032014000100029&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000100029&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032014000100007>.
  22. Nimi T, Fraga S, Costa D, Campos P, Barros H. Prenatal care and pregnancy outcomes: A cross-sectional study in Luanda, Angola. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2016;135(S1):S72-S78.
  23. Marrugo Arnedo, C., Moreno ruiz, D., Salcedo Mejía, F. and Marrugo

- Arnedo, V. (2015). Determinantes del acceso a la atención prenatal en Colombia. *Revista CES Salud Pública*, [online] 6(1), pp.5-11. Available at: <https://search.proquest.com/health/docview/1734284359/6D333DBBFCA44B4APQ/1?accountid=36552> [Accessed 8 Aug. 2017].
24. López, Á. R., Silva, A. C. & Sarmiento, J. A. (2014). Autonomía femenina y factores asociados al uso de servicios maternos en Colombia (2010). *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12 (1), pp. 325-337.
23. Stein, A. and Ferreira, A. (2012). ACCESIBILIDAD AL PRIMER CONTROL DE EMBARAZO EN UN CENTRO DE SALUD DE LA CIUDAD DE MONTEVIDEO. *enfermería: cuidados humanizados*, [online] 1(1), pp.11-19. Available at: <https://www.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/807/801> [Accessed 8 Aug. 2017].
24. Sánchez Gómez, A., Cevallos, W., Grijalva, M., Tamayo, S., Silva, L., Jacobson, J., Costales, J., Jiménez, R., Hernández, V., Riera, C. and Serruya, S. (2016). Factores sociales asociados con la utilización de los servicios de atención prenatal en Ecuador. *Revista panamericana de salud pública*, [online] 40(5). Available at: [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892016001100341&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892016001100341&script=sci_arttext) [Accessed 8 Aug. 2017].
25. Munares García, O. (2013). Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. *Revista peruana de epidemiología*, [online] 17(2). Available at: <http://www.redalyc.org/html/2031/203129458007/> [Accessed 8 Aug. 2017].
26. Castillo, I. (2017). Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia. *Revista cubana de enfermería*, [online] 33(1). Available at: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/840> [Accessed 8 Aug. 2017].

27. Rodríguez-Páez, F., Jiménez-Barbosa, W., Jiménez-González, C., Coral-Córdoba, Á., Ramírez-Solano, P. and Ramos-Navas, N. (2014). Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales\*. Gerencia y Políticas de Salud, [online] 13(27). Available at: <http://www.redalyc.org/html/545/54533007012/> [Accessed 8 Aug. 2017].
28. Valencia Bernal, J., Rivera Mejía, P., Carvajal Barona, R., Mateus Solarte, J. and Arango Gómez, F. (2016). FACTORES DE SERVICIOS DE SALUD Y SATISFACCIÓN DE USUARIAS ASOCIADOS AL ACCESO AL CONTROL PRENATAL. Hacia la promoción de la salud, [online] 19(1). Available at: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-75772014000100007&lang=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772014000100007&lang=pt) [Accessed 8 Aug. 2017].
29. Quintero J, Olaya S, Peña A, et al. Extreme maternal morbidity (EMM): description of a 23-case series and Analysis of the “three delays”. RFS - Revista Facultad de Salud. 2013; 5 (2): 52-60.
30. Íber Eduardo, S. and KATIUSKA LISETTE, V. (2015). FACTORES SOCIO CULTURALES Y SU RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MONTALVO LOS RIOS PRIMER SEMESTRE 2015. Especialidad. Universidad Técnica de Babahoyo.

## **ANEXOS**

### **ANEXO # 1: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**  
**UNIDAD EDUCATIVA DE SALUD Y BIENESTAR**

**“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE CONTROL PRENATAL EN GESTANTES QUE ACUDEN A LABOR DE PARTO EN EL HOSPITAL LUIS FERNANDO MARTÍNEZ, CAÑAR ENERO-JUNIO 2017.”**

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**FORMULARIO Nº:** \_\_\_\_\_

**1. Datos Personales.**

**EDAD:** \_\_\_\_\_

<b>ESTADO CIVIL:</b> ____ Casada ____ Soltera ____ Divorciada ____ Viuda ____ Unión libre	<b>INSTRUCCIÓN:</b> ____ Analfabeta ____ Educación Básico ____ Educación Media ____ Superior ____ Cuarto nivel
<b>INGRESOS:</b> _____ Salario mínimo unificado al 2016 o menos. ____ Dos salarios mínimos unificados al 2016. ____ Tres salarios mínimos unificados al 2016. ____ Más de tres salarios mínimos unificados al 2016.	<b>RESIDENCIA:</b> ____ Urbana ____ Rural

## 2. Datos Obstétricos:

<b>Número de controles Prenatales:</b>
<b>Número de hijos:</b>
<b>Edad Gestacional:</b>

## 3. Factores asociados:

<b>Factor Social.</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
1. Dificultad de permisos en trabajo ¿Si trabaja, ha tenido dificultades para pedir permiso al trabajo para acudir al control prenatal?	( )	( )
2. Desempleo ¿Actualmente, se encuentra sin trabajo?	( )	( )
3. Poco apoyo de la familia ¿Ha tenido dificultades en acudir al control prenatal, porque no ha recibido apoyo de la familia (padres, hermanos, hijos o primos)?	( )	( )
4. Domicilio lejano ¿Considera que vive lejos del establecimiento de salud donde acude para control prenatal?	( )	( )
<b>Factor institucional.</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
1. Trato inadecuado ¿Alguna vez ha decidido no acudir a la consulta prenatal, porque ha considerado que no la trataban adecuadamente?	( )	( )
2. Episodios de maltrato por parte del profesional ¿Alguna vez ha dejado de acudir al control prenatal, porque ha sufrido algún tipo de maltrato por parte del profesional que le atendió	( )	( )

3. Tiempo de espera largo  
¿Alguna vez ha dejado de acudir al control prenatal,  
porque consideró que esperaría mucho tiempo para  
su atención? ( ) ( )

**Factor Personal.**

**Si**

**No**

1. Miedo al examen ginecológico  
¿Alguna vez ha dejado de acudir al control prenatal,  
porque ha tenido temor al examen ginecológico que  
le practicarían.? ( ) ( )

2. Importancia del control prenatal  
¿Alguna vez, ha dejado de ir al control prenatal,  
porque lo consideró de poca o ninguna importancia? ( ) ( )

3. Olvido de las citas  
¿A olvidado las fechas de las cita? ( ) ( )

## ANEXO # 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO.



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado participante:

Usted ha sido preguntado si le gustaría participar en este estudio que será realizado para desarrollar y obtener conocimientos que comprueben lo ya conocido o aporten con nuevos conocimientos sobre un problema de salud.

Le proporcionamos toda la información sobre el tema de investigación que le hemos propuesto participar.

**Introducción (Objetivos del proyecto de investigación):** breve resumen en palabras entendibles para el paciente, sin términos técnicos, abreviaturas ni términos médicos.

**Como se realizará el estudio:** (descripción metodológica en palabras simples, indicar criterios de inclusión y exclusión de los participantes)

Durante la investigación usted puede recibir documentos que contienen preguntas sobre su estado de salud. Nos gustaría que complete estos espacios ya que forman parte de la información que se requiere en el estudio propuesto a usted.

#### ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Este proyecto de investigación ha sido enviado a un Comité de Ética independiente y ha sido aprobado. No hay objeciones éticas.

## **AUTONOMÍA**

Usted con su firma acepta participar en el proyecto de investigación, declarando que se ha leído a usted toda la información respectiva de la investigación, que ha comprendido lo que dice el documento, que le han contestado todas las inquietudes que pueda surgir sobre el tema propuesto, y que su decisión de participar es voluntaria, libre y pensada por usted, sin ningún tipo de obligación o imposición por otras personas. Antes de tomar la decisión de firmar este documento, usted tiene toda la libertad para consultar con familiares u otros profesionales médicos independientes para poder tomar una decisión razonada. Usted tiene derecho a dar por finalizada su participación en el estudio en cualquier momento y por cualquier razón, sin experimentar ninguna consecuencia negativa. Durante el transcurso del estudio su investigador le informará de cualquier nuevo hallazgo que pudiese influenciar sobre su decisión de participar en el mismo.

## **BENEFICENCIA**

Durante todo el desarrollo de la investigación se procurará siempre mantener su beneficio, buscando su bienestar personal y el bienestar de los otros sujetos de la sociedad. Con su participación en este estudio usted está apoyando al desarrollo de conocimientos médicos que podrían ayudarle a usted y posteriormente a otros pacientes.

## **NO MALEFICENCIA**

Durante el tiempo que dure el proceso de la investigación usted no sufrirá ningún daño físico, mental, emocional o moral.

## **JUSTICIA**

Los conocimientos generados durante el proceso de investigación serán difundidos hacia los sujetos objeto de estudio, y de manera anónima a la comunidad y población en general, con el único fin de mejorar las condiciones de vida.

## **CONFIDENCIALIDAD**

Con esta firma usted otorga además su consentimiento para el traspaso de los datos recogidos de su persona, para proceder a una evaluación estadística. Todos los datos serán manejados de forma anónima (es decir, solo se transmitirán sus iniciales o el número que se le asigna); su nombre y dirección solamente son conocidos por su investigador y no serán comunicados a terceras partes estando sujetos a las normas de protección de datos. En caso de publicación de esta investigación se guardara todas las normas antes establecidas.

Si usted tiene cualquier otra pregunta que no esté suficientemente cubierta en esta información escrita o quiere obtener información adicional, su investigador a cargo le ayudará gustosamente. En caso de preguntas posteriores, por favor contactar a IVON MARGARITA PROAÑO LEON.

0984239769

---

Participante

Cañar, 2017.

“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE CONTROL PRENATAL EN GESTANTES QUE ACUDEN A LABOR DE PARTO EN EL HOSPITAL LUIS FERNANDO MARTÍNEZ, CAÑAR ENERO-JUNIO 2017.”

---

INFORME DE ORIGINALIDAD

---

10%

INDICE DE SIMILITUD

9%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

---

FUENTES PRIMARIAS

---

1

2%