



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA

TESIS DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

OBSTETRIZ U OBSTETRA

TEMA:

**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**

AUTORES

KATIUSKA LISETTE VERA CAMACHO

IBER EDUARDO SÁNCHEZ ROCA

BABAHOYO - 2015



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA

TESIS DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

OBSTETRIZ U OBSTETRA

TEMA:

**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**

AUTORES

**KATIUSKA LISETTE VERA CAMACHO
IBER EDUARDO SÁNCHEZ ROCA**

DIRECTOR DE TESIS

LCDA. MARÍA MARTÍNEZ ANGULO

BABAHOYO - 2015



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Babahoyo, 27 de noviembre del 2015

Lcda. Alicia Calderón Noriega

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE OBSTETRICIA

En su despacho.-

De mis consideraciones

Al haber sido designada por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud Director de tesis del tema “**FACTORES SOCIOCULTURALES Y SU RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MONTALVO LOS RIOS PRIMER SEMESTRE 2015**”, cuya autoría corresponde a: **Katuska Lisette Vera Camacho e Iber Eduardo Sánchez Roca**. A usted muy respetuosamente **CERTIFICO:**

- a) Haber dirigido y asesorado la Tesis de grado en todas sus fases interactuantes del proceso investigativo de acuerdo al cronograma de actividades.
- b) Que ha sido realizada según las exigencias metodológicas, técnicas y científicas para el tercer nivel académico de la carrera de Obstetricia.
- c) Que cumple con los requisitos del Reglamento de Grado y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, por lo que autorizo su presentación, sustentación y defensa.

Atentamente:

Lcda. María Martínez Angulo
(Directora de Tesis)

Los miembros del Tribunal examinador aprueban, el informe de investigación sobre el tema: **“FACTORES SOCIOCULTURALES Y SU RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MONTALVO, LOS RIOS PRIMER SEMESTRE 2015”**

De la autoría de:

Katiuska Lisette Vera Camacho

Iber Eduardo Sánchez Roca

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA DE TESIS.

AUTORÍA

Nosotros, **Katiuska Lisette Vera Camacho**, portadora de la cedula de ciudadanía N° 1205339292, e **Iber Eduardo Sánchez Roca** portador de la cedula de ciudadanía N° 1207491844; declaramos bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de nuestra autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que hemos consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

A través de la presente declaración cedemos nuestros derechos de propiedad intelectual correspondiente a este trabajo, a la Universidad Técnica de Babahoyo, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Obstetricia según lo establecido en la Ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y por la normativa institucional vigente.

Katiuska Lisette Vera Camacho

Iber Eduardo Sánchez Roca

AUTORIDADES

DR. CARLOS PAZ SÁNCHEZ, MSC.
DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

LCDA. ALICIA CALDERÓN NORIEGA. MSC.
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE OBSTETRICIA

LCDA. MARÍA MARTÍNEZ ANGULO
DIRECTOR DE TESIS DE GRADO

AB. VANDA ARAGUNDI HERRERA
SECRETARIA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEDICATORIA

Dedicó este trabajo de investigación a Dios, por ser mi guía y brindarme las herramientas necesarias para esta meta hacer realidad.

A mis padres, Carmen Camacho y Alex Vera quienes me apoyaron incondicionalmente para llegar a esta instancia de mis estudios, y motivarme para seguir adelante y luchar por mis sueños.

A mis hermanos, Alexandra, Joselin y Jonathan por sus palabras y compañía.

A mi sobrino Johan por su inocencia, dulzura y alegría iluminar mi vida.

A mis amigos, quienes sin esperar nada a cambio me extendieron su mano y me regalaron palabras de aliento en los momentos difíciles.

KATIUSKA

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedicó a Dios, por haberme dado la fortaleza y sabiduría necesaria para cumplir las metas propuestas. A mis padres, Jacqueline Roca y Gonzalo Sánchez por haberme brindado su apoyo incondicional durante toda mi vida académica y por enseñarme que con esfuerzo y sacrificio todo se puede lograr.

A mis hermanos, Josselin, Gonzalo y Jesús por su compañía y su aporte en el anhelo de superación.

A mi compañera de tesis y amiga de muchos años que con su respeto, paciencia y sabiduría ayudo a solucionar cada problema presentado durante nuestro trabajo.

IBER

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos infinitamente a Dios por prestarnos vida y por estar presente en cada uno de los procesos por los que tuvimos que pasar para culminar nuestra carrera.

Queremos agradecer a nuestros padres por el gran esfuerzo que hicieron para que tengamos una profesión y seamos personas de bien.

A la Universidad Técnica de Babahoyo a través de la Facultad de Ciencias de la Salud, carrera de Obstetricia por habernos formado como profesionales. A la Lcda. María Martínez Angulo, directora de tesis, GRACIAS por guiarnos con sus conocimientos durante nuestro trabajo.

A la Dra. Melba Ramos Miranda directora del Centro de Salud “Montalvo” por su apoyo y colaboración al dejarnos realizar nuestro trabajo allí.

**KATIUSKA
IBER**

ÍNDICE

	Pág.
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	
APROBACIÓN DEL LECTOR.....	
CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA DE TESIS.	
AUTORIDADES	
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN.....	vii
SUMMARY	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I.....	1
1. EL PROBLEMA	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1. Problema General.....	2
1.2.2. Problemas Derivados.....	2
1.2.3. Delimitación Espacial y Temporal.....	2
1.2.3.1. Delimitación Espacial.....	2
1.2.3.2. Delimitación Temporal.....	2
1.3. ANTECEDENTES.....	3
1.4. OBJETIVOS	5
1.4.1. Objetivo general.....	5
1.4.2. Objetivos específicos.....	5
1.5. JUSTIFICACIÓN.	5
CAPÍTULO II.....	7
2. MARCO TEÓRICO.	7
2.1. FUNDAMENTACIÓN CONTEXTUAL.	7
2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	8
2.2.1. Factores Socio-Culturales y el Control Prenatal.....	8

2.2.1.1. Factores Sociales que limitan el cumplimiento del Control Prenatal. .	9
2.2.1.2. Factores Culturales que limitan el cumplimiento del Control Prenatal.....	11
2.2.1.3. Una Atención con Enfoque Intercultural.....	12
2.2.2. Control Prenatal.	13
2.2.2.1. El Control Prenatal y su Objetivo.	13
2.2.2.2. Variantes del Control Prenatal.	13
2.2.2.3. Una Atención con Enfoque Afectivo.	15
2.2.2.4. Medidas Específicas.	15
2.2.2.5. Recomendaciones Generales durante el Control Prenatal.	24
2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	28
2.4. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL.....	31
2.5. HIPÓTESIS.	32
2.5.1. Hipótesis General.....	32
2.5.2. Hipótesis Específicas.....	32
2.6. VARIABLES.....	33
2.6.1. Variable Independiente.....	33
2.6.2. Variable Dependiente.	33
2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	34
CAPÍTULO III	37
3. DISEÑO METODOLÓGICO.....	37
3.1. Tipo y Diseño del Estudio	37
3.2. Tipos De Investigación;	37
3.3. Área de Estudio.....	37
3.4. Población en Estudio	37
3.5. Definición de Caso.....	39
3.5.1. Criterios de Inclusión:	39
3.5.2. Criterios de exclusión:.....	39
3.6. Técnicas e instrumentos	39
3.7. Procesamiento de la información.....	40
3.8. Recolección y manejo de la Información.	41
3.9. Análisis de la Información.....	42

3.10. Consideraciones éticas.	42
3.11. Recursos.	42
3.12. Cronograma de Actividades	44
CAPÍTULO IV	45
4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	45
4.1 Tabulación e interpretación de datos.	45
4.2. Comprobación y Discusión de Hipótesis	67
4.3. Conclusiones.....	67
4.4. Recomendaciones	69
CAPÍTULO V	70
5. PROPUESTA ALTERNATIVA.....	70
5.1. Presentación.....	70
5.2. Objetivos	71
5.2.1. Objetivo General.....	71
5.2.2. Objetivos Específicos.....	71
5.3. Contenido	71
5.4. Descripción de los aspectos operativos de la propuesta.....	72
5.5. Recursos	73
5.6. Cronograma de Ejecución de la Propuesta.....	74
6. REFERENCIAS	75
6.1. BIBLIOGRAFÍA.	75
6.2. LINKOGRAFÍA.	78
7. ANEXOS.....	80

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se enfocó en la identificación y análisis de los factores sociales y culturales que guardan relación con el incumplimiento del control prenatal (CPN); esta información fue obtenida a través de una encuesta, entrevista y la revisión de las historias clínicas de las gestantes que participaron en el centro de salud “Montalvo” provincia de Los Ríos. Entre muchas otras especificaciones, los resultados demuestran que entre los principales factores que se relacionan con el incumplimiento del control prenatal por parte de las gestantes están: la pobreza cuyo grupo de gestantes con esta problemática tuvo un promedio de 3,5 controles durante el embarazo, el grupo de gestantes que no tiene ningún nivel de educación conto con un promedio de 2,5 controles, la falta de conocimientos sobre la importancia del control prenatal también se relacionó con el incumplimiento ya que el grupo de gestantes con estas características tuvo un promedio de 3,5 controles, además aquellas que tienen que transitar mucho tiempo hasta el centro de salud obtuvieron un promedio de 3 controles. Con este trabajo se identificó que los principales factores socio culturales corresponden a problemas con el nivel de educación, la pobreza, la falta de conocimientos sobre la importancia del control prenatal y las grandes distancias que se tiene que transitar para llegar al centro de salud.

Palabras claves: Factores socio culturales, cumplimiento del control prenatal.

SUMMARY

This research focused on the identification and analysis of social and cultural factors related to the breach of prenatal care (PNC); this information was obtained through a survey, interview and review of medical records of pregnant women who participated in the health center, "Montalvo" Los Rios province. Among other specifications, the results show that the main factors associated with the failure of antenatal care by pregnant women are: poverty whose group of pregnant women with this problem had an average of 3.5 checkups during pregnancy, the group of pregnant women who have no education level had an average of 2.5 controls, lack of knowledge about the importance of prenatal care was also associated with failure as the group of pregnant women with these characteristics averaged 3.5 controls, and those who have to travel long before the health center obtained an average of 3 controls. This work identified the main socio-cultural factors relate to problems with the level of education, poverty, lack of knowledge about the importance of prenatal care and the long distances that must be traveled in order to reach the health center.

Keywords: Socio-cultural factors, compliance with prenatal care.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo investigativo se enmarca dentro de las siguientes líneas de investigación: Línea de investigación SENESCYT: Salud. Línea de investigación Institucional UTB: Determinantes sociales de salud. Línea de investigación de la Carrera: Salud Sexual y Reproductiva.

Se vincula con el Plan Nacional de Desarrollo “Buen Vivir” 2013- 2017, en el **Objetivo 3:** Mejorar la Calidad de Vida de la población. **Política N° 3.5:** Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas. **Lineamiento Literal a:** Asegurar que la población disponga de información precisa y científicamente fundamentada en relación a las prácticas y conductas sexuales y sus riesgos en la salud sexual y reproductiva, con enfoque de género, equidad e igualdad. (Senplades, 2013)

El control prenatal (CPN), constituye una medida importante e imprescindible para vigilar la evolución de la gestación. Dicho control está constituido por una serie de consultas con diversas actividades dentro de las cuales esta identificar oportunamente los factores de riesgos presentes en la gestante, educar a la futura madre sobre puntos importantes como: estilos de vida saludables, preparación para el parto y el cuidado del futuro hijo. Todo esto con la finalidad de obtener resultados maternos y neonatales favorables.

Actualmente la asistencia de las gestantes a los controles prenatales se ve condicionada por diversos factores sociales y culturales presentes en el entorno que las rodea como es el caso de la pobreza en la que viven muchas mujeres gestantes, el bajo nivel educativo, las largas distancias que tienen que recorrer lo que añadido a sus bajos ingresos económicos, dificultan que la gestante lleguen a los servicios de salud para sus respectivos chequeos.

Esta investigación consta de 5 capítulos, detallados a continuación.

En el capítulo I, se presentan los puntos referentes al Marco Introdutorio de la investigación: planteamiento y delimitación del problema, formulación de la pregunta general y las preguntas específicas, los antecedentes, los objetivos y la justificación de la investigación.

El capítulo II, muestra el resultado relacionado a las ideas centrales expresadas en el problema de investigación, como la base teórica y la base legal, la definición de los principales términos y la Operacionalización de las variables, formándose así el Marco Teórico.

En el capítulo III de este trabajo, se describe el Marco Metodológico, aspectos tales como el enfoque de la investigación, el tipo de conocimiento, el diseño de la investigación, la población y de la muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, el procedimiento de análisis utilizado y consideraciones éticas tenidas en cuenta.

El capítulo IV, denominado Marco Analítico, se visualiza el trabajo de campo, presentando los resultados del instrumento aplicado, así como los principales hallazgos, de Conclusiones y Recomendaciones; donde se exponen los resultados y hallazgos en relación de los objetivos de la investigación, empezando por los objetivos específicos y luego el objetivo general.

Finalmente, el capítulo V, la propuesta alternativa dando de esta manera, respuesta al problema de la investigación.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En el servicio de atención materna del centro de salud “Montalvo”, provincia de Los Ríos durante el primer semestre del 2015, se ha observado un acceso limitado y el incumplimiento de los controles prenatales pues las gestantes acuden de manera irregular o no lo hacen por completo, ocasionando un aumento en el riesgo de posibles complicaciones maternas durante el embarazo, parto y puerperio. Recordemos que el control prenatal juega un papel muy importante durante la gestación, porque mediante acciones preventivas y terapéuticas oportunas, contribuye de manera significativa a reducir la morbilidad y mortalidad materna.

A pesar que en los últimos años el Ministerio de Salud Pública del Ecuador con la finalidad de combatir esta problemática ha implementado diversos programas entre los cuales está la Norma de Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) cuyo objetivo es: “Mejorar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad de la atención del embarazo, el parto y posparto, así como al recién nacido/a hasta 28 días de vida, durante las 24 horas del día, los 365 días al año con enfoque familiar, intercultural e interinstitucional”; en el centro de salud “Montalvo” aproximadamente el 70% del total de gestantes atendidas cumplen con las normas del MSP que establece 5 controles como mínimos mientras que el 30% restante no la cumple, pues solo buscan el servicio si presentan algún problema de salud y esto afecta el desarrollo de la gestación. (Ministerio de Salud Pública, 2013).

Por ello es muy importante que se fortalezca el programa de visitas domiciliarias, con el fin de detectar a las gestantes que no acuden a los controles prenatales y de esta manera disminuir el riesgo de tener resultados obstétricos desfavorables.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General.

¿Cuáles son los factores socioculturales que se relacionan con el cumplimiento del control prenatal en gestantes atendidas en el centro de salud Montalvo Los Ríos, primer semestre del 2015?

1.2.2. Problemas Derivados.

1. ¿Cómo influye la edad de la gestante en el cumplimiento del control prenatal?
2. ¿Cómo se relaciona el nivel de escolaridad de las gestantes y el cumplimiento del control prenatal?
3. ¿Cómo influyen las condiciones económicas de las gestantes en el cumplimiento del control prenatal?
4. ¿Por qué es importante que las gestantes conozcan la importancia del control prenatal?

1.2.3. Delimitación Espacial y Temporal.

1.2.3.1. Delimitación Espacial: este trabajo de investigación se realizó en las gestantes atendidas en el centro de salud “Montalvo” Los ríos.

1.2.3.2. Delimitación Temporal: este problema se estudió durante el primer semestre del 2015.

1.3. ANTECEDENTES.

La atención del embarazo se encuentra inmersa en la evolución histórica de los conceptos epidemiológicos, de los conocimientos médicos existentes y de la tecnología médica disponible. El conocer la evolución de las etapas recorridas, sus aciertos y errores permitirá reorientar la atención óptima de la madre y del niño, con el propósito de disminuir su mortalidad. (Alfaro, 2006, p.53).

En Ecuador, según la encuesta demográfica de salud materna e infantil ENDEMAIN realizada en el 2004 cada año, en el país, aproximadamente unas 300.000 mujeres se embarazan, sin embargo no todas tendrán una atención de calidad como les correspondería de acuerdo a sus derechos ciudadanos. Entre el año 1999 – 2004 apenas un 57,5 % de mujeres cumplieron con la norma del Ministerio de Salud Pública (MSP) de realizarse como mínimo 5 controles prenatales. (CEPAR, 2004).

Uno de los factores relacionados con esta problemática es la zona en donde habitan las gestantes, esto se refleja en datos obtenidos por la ENDEMAIN en el 2004: la cual indica que en el área rural, el 23,6% de las mujeres no se realizan ni un control previo al parto mientras que el 76,4% de las mujeres si se realizan, esto es cerca de 8 puntos porcentuales menos que en el área urbana. La diferencia más marcada se observa en el grado de instrucción de las mujeres que se encuentran en edad fértil. Apenas el 58,4% de las mujeres que no tienen ningún nivel de instrucción se realizó control prenatal lo que señala que el 41,6% no se lo realizo, también se encontró que el 97,8% de las mujeres con estudios superiores o de postgrado recibieron atención. (Sandoval, 2011).

En la actualidad la asistencia de las gestantes a sus controles prenatales ha ido mejorando, ya que de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-2012) el cumplimiento de las normas de atención del control prenatal

suben del 57,5% al 71,5% en los periodos 1999-2004 y 2007-2012. (ENSANUT, 2012).

En un estudio en el que se tomó en consideración 45 países se encontró que mujeres con mayor grado de instrucción y que vivían en zonas urbanas tenían mayores tasas de CPN adecuado. En dicho estudio se encontraron que los factores que contribuyen con un control inadecuado son: la falta de seguros, bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de educación, estado civil diferente a casado, residencia en zonas rurales o lejanas al centro de salud, desempleo, el no conocer la importancia del control prenatal, y un ambiente inadecuado de la consulta. (Arispe, et al. 2011 p. 170).

A pesar de las mejoras e implementación de programas de atención materna, todavía existen en las comunidades indígenas y rurales del Ecuador madres que eligen a parteras no calificadas para llevar el cuidado de sus embarazos y la atención del parto, sin que haya diferencia en el riesgo con los centros de salud en cuanto a la madre. Pero hay que tener en cuenta el mayor riesgo que existe con el recién nacido, debido a que desconocen las normas de atención del mismo.

La inasistencia de las gestantes al control prenatal aumenta el riesgo de mortalidad materna y neonatal, debido a que dificulta la detección precoz de patologías que pueden presentarse durante el embarazo. Pérez (2005) en su investigación observó que el control prenatal adecuado (es decir más de cinco consultas con inicio en el primer trimestre del embarazo) interviene en la prevención del síndrome de insuficiencia respiratoria en el neonato, del bajo peso al nacer y de la prematurez, ya que evitar dichas complicaciones es uno de los propósitos del control prenatal.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general

Identificar los factores socioculturales que se relacionan con el cumplimiento del control prenatal en las gestantes atendidas en el centro de salud Montalvo Los Ríos primer semestre 2015.

1.4.2. Objetivos específicos

1. Determinar la influencia de la edad materna en el cumplimiento del control prenatal.
2. Relacionar el nivel de escolaridad y el cumplimiento del control prenatal.
3. Establecer la relación entre las condiciones económicas y el cumplimiento del control prenatal.
4. Mejorar el nivel de conocimientos sobre la importancia del control prenatal en las gestantes.

1.5. JUSTIFICACIÓN.

En nuestro País, según datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) entre el 2007 y el 2012 alrededor del 95% del total de gestantes recibió al menos un control prenatal, de este porcentaje el 1.4% lo recibió en el tercer trimestre, el 14.5% en el segundo trimestre mientras que el 79.0% lo recibió en el primer trimestre. El 5% restante no recibió ningún control. (ENSANUT, 2012).

A pesar del cuidado que ofrecen los programas implementados por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador al binomio madre-hijo con el objetivo de mejorar los resultados anteriormente mencionados en el centro de salud “Montalvo”, una parte de las gestantes no asisten a los controles y si lo hacen no llegan a completarlo por razones aún no determinadas, lo que hace difícil el diagnóstico oportuno de complicaciones que pueden presentarse durante el curso del embarazo. En el año 2011 la tasa de mortalidad materna en el país era del 70,4%, desde entonces según datos del instituto nacional de estadísticas y censos (INEC) en el año 2013 esta tasa descendió a 45,7% muertes de mujeres por 100 mil nacidos vivos. (Diario El Universo, 2015).

Atentos a esta problemática de salud pública realizamos esta investigación con el fin de conocer los factores socio-culturales que se relacionan con el cumplimiento del control prenatal en las gestantes atendidas en el centro de salud Montalvo Los Ríos. Identificando dichos factores, nuestro propósito será fortalecer las acciones encaminadas a mejorar la atención materna en base a los datos obtenidos y con ello mejorar las condiciones del servicio y reducir el riesgo de complicaciones en la madre y el hijo.

Los resultados obtenidos en nuestro trabajo de investigación podrán ser utilizados por:

- El centro de salud “Montalvo” como ente gestor de los lineamientos del Ministerio de Salud Pública, para fortalecer los programas de atención prenatal.
- El personal de salud con el fin de dirigir sus actividades enfocadas a las deficiencias encontradas en dicha investigación, mejorando con ello las condiciones de los programas.
- Investigadores en próximas investigaciones.
- Las gestantes atendidas en el centro de salud, para que tengan mayor participación y acceso a los diferentes programas de atención.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. FUNDAMENTACIÓN CONTEXTUAL.

El cantón Montalvo está ubicado a 30 kilómetros de Babahoyo, capital de Los Ríos, cuenta con una superficie de 362 km² y una población de 24.164 habitantes según el último censo de vivienda y población realizado por el INEC-2010. El fértil suelo del cantón Montalvo produce soya, plátano, yuca, café, arroz, palma, paja toquilla y una variedad de cítricos. Además, contribuye a la crianza de ganado vacuno, equino, porcino y aves de corral. Su suelo presenta elevaciones porque colinda con las estribaciones de la cordillera occidental de los Andes. Este cantón cuenta con servicios básicos, de saneamiento ambiental, e instituciones de educación. Al momento existen 6 subcentros de salud distribuidos en distintas localidades (1 en el Rcto. La Esmeralda, 1 en La Vitalia, 1 en el Rcto. 24 de Mayo, 1 en el Rcto. San Joaquín, 1 en Pisagua Bajo, y 1 en la cabecera cantonal). (Diario La Hora, 2013).

El centro de salud “Montalvo” ubicado en la cabecera cantonal, específicamente en la intersección de las calles Moisés Encalada y República de Chile (Ciudadela San Miguel), atiende diariamente alrededor de 80 personas entre ellas a gestantes que en su gran mayoría son personas de bajos recursos. Actualmente cuenta con diversos servicios como: medicina general, psicología, ginecología y obstetricia, odontología, farmacia, laboratorio clínico, ecografía, atención de emergencias las 24 horas, terapia física, terapia respiratoria y vacunación. Según las obstetras que ahí laboran, las patologías más frecuentes durante la gestación son: infecciones de vías urinarias, hemorragias del primer trimestre (amenaza de aborto, abortos), vaginosis bacteriana, amenazas de parto pretérmino. A pesar de la ejecución de los programas de atención materna implementados por el MSP, en este centro de salud se observa que las gestantes no cumplen con la totalidad de sus controles prenatales.

2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

2.2.1. Factores Socio-Culturales y el Control Prenatal

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

Los factores socioculturales en los que se desarrolla un individuo pueden afectar a su salud. Las diferencias socioeconómicas generan una desigualdad en salud que no solo incrementa la morbimortalidad general, si no que se traduce en una pequeña utilización de los servicios preventivos y de planificación, así como en un mayor porcentaje de hábitos nocivos para la salud en los grupos más deprimidos. (Bedoya, 2013, p.1081).

En la actualidad los factores sociales y culturales están íntimamente relacionados con problemas en la atención de la mujer gestante, ya que estos actúan en muchos casos como barreras que limitan la accesibilidad de estas a los diferentes servicios de salud. Lasso, (2012) en su estudio reconoce que además de las barreras culturales, las dificultades económicas intervienen como determinantes sociales en la salud de las gestantes. Otra dificultad que presentan las gestantes que trabajan es la obtención de una autorización para ausentarse de sus labores para asistir a las citas médicas. Yarmila (2006) establece que los factores que influyen en la inasistencia o abandono del control prenatal son múltiples, pero uno de los más frecuentes e importantes es el nivel de instrucción.

Córdoba (2015) encontró en su trabajo de investigación que la oportunidad de educación en muchas comunidades es menor para las mujeres, lo que hace que desconozcan sus derechos constituyéndose en una desventaja para el acceso a la información y a los servicios de salud.

2.2.1.1. Factores Sociales que limitan el cumplimiento del Control Prenatal.

La Pobreza.

La pobreza puede ser considerada como la ausencia o carencia de bienestar y su disminución es el objetivo principal de cualquier estrategia de desarrollo significativa. Las condiciones de pobreza en el Ecuador dificultan el acceso a los controles prenatales a las gestantes que viven en condiciones desfavorables. Según datos obtenidos en el Censo de Población y Vivienda del año 2010, en el que se analizó las condiciones de vida de la población, en el cantón Montalvo Los Ríos el 22.7% del total de sus habitantes no son pobres mientras que el 77,5% si lo es (INEC, 2010).

(Díaz, 2015) en su estudio identificó que las mujeres que son apoyadas económicamente por sus esposos tienen un mayor porcentaje de adherencia al control prenatal (78,5%) frente a las que no reciben este apoyo (21,5%).

Ubicación Geográfica.

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

Edad y Estado Civil.

Edad: la edad a la que mayoritariamente se observa la inasistencia al CPN es la de gestantes adolescentes.

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

Falta de Apoyo Familiar.

Pachón (como se citó en Navarro, 2013) expresa que la familia como red de apoyo demuestra su relevancia al hacer posible la supervivencia de la madre y de los hijos al tomar como responsabilidad familiar el cuidado de los niños. (Díaz, 2015) encontró en su estudio que el 76,3% del total de gestantes que se sentían casi siempre satisfechas con el soporte familiar presentaron adherencia al control prenatal; mientras que las gestantes que manifestaron nunca sentirse satisfechas, no se adhirieron a estos controles.

El Desempleo.

Se define como la ausencia o carencia de empleo y por lo tanto de salario. Este factor puede afectar la asistencia periódica al control prenatal por gastos extras que deben pagar las gestantes cuando en los centros de salud no se cuenta con la medicación necesaria para su situación. Además de otras pruebas complementarias como por ejemplo: ecografía y exámenes de laboratorio. Faneite (2009), en su estudio encontró que dentro los factores socioeconómicos que motivan la inasistencia al control prenatal están el desempleo en un 27,3% y el costo de los medicamentos en un 20%. Rodríguez (2014) al estudiar las causas que impedían a las gestantes acudir al control prenatal, encontró que las

económicas en particular las relacionadas con la tenencia de recursos que les permitiera el pago de medios de transporte a la gestante se constituyeron en la principal barrera de acceso.

2.2.1.2. Factores Culturales que limitan el cumplimiento del Control Prenatal.

Nivel de Educación.

Tinoco (2012), en su trabajo de investigación observo que, existe un acortamiento en el intervalo de las consultas prenatales a medida que aumenta el nivel de instrucción en las gestantes; lo que lleva a deducir que la educación de las gestantes es un factor influyente en la periodicidad de los controles prenatales.

(De Marti, Carrasco, Peña y Carvajal, 2005) en su estudio encontraron que el nivel de instrucción de la madre se asocia significativamente con el control prenatal inadecuado.

Hábitos Nocivos y Costumbres.

Los hábitos nocivos durante la gestación constituyen un importante problema de salud pública, desprendiéndose de ello consecuencias de orden físico, psíquico y social cuya detección y tratamiento constituye un gran reto para los profesionales de la salud (Bedoya, 2013, p.1081). Magri (2007) en su estudio encontró que los hijos de mujeres que consumieron alcohol y tabaco durante el embarazo presentaron valores menores en el peso al nacer, las semanas de gestación y el perímetro cefálico, a diferencia de los recién nacidos de madres no consumidoras.

En la actualidad aún existen ciertas costumbres sobre el embarazo que pueden influir en la asistencia al control prenatal, por ejemplo: llevar el control del embarazo, parto y puerperio con parteras que en algunos casos no son calificadas aumentando de esta manera el riesgo de obtener resultados perinatales adversos.

Navarro (2011) en su investigación llevada a cabo en el Litoral Pacífico evidenció que las mujeres prefieren ser atendidas por comadronas o parteras, situación que se fortalece gracias a las tradiciones y costumbres que vienen desde hace mucho tiempo atrás. En estas zonas las parteras son muy consideradas, siendo líderes en sus comunidades participando activamente en la atención de la salud reproductiva de las mujeres.

2.2.1.3. Una Atención con Enfoque Intercultural.

La cultura presenta un significado ceremonioso en los grupos sociales, por ello es considerable que las instituciones de salud brinden una atención basada en procesos de comunicación entre el personal de salud y las gestantes. Dichos procesos de comunicación hacen referencia a escuchar y conocer sus formas de concebir y vivir la gestación en el entorno que las rodea, los ritos, las costumbres y normas que llevan a cabo la gestante y su familia, que lleven a sugerir modelos de atención en salud que se aproximen a la realidad cultural mediante la valoración de los patrones culturales para el cuidado a la salud, a fin de emprender planes de atención fundamentados en la salud cultural que permita una interrelación con los cuidados culturales aceptables y los institucionales, de forma que se eviten las prácticas de cuidado inapropiadas sin tomar acciones represivas y discriminatorias en el manejo de la atención prenatal. (Cruz, 2014, p. 67).

El personal de salud debe tener conocimientos sobre la tradición y cultura de las gestantes, comprendiendo sus prácticas ancestrales de curación de acuerdo a la diversidad cultural de la zona de atención. (MSP, Componente Normativo Materno, 2008, p. 28).

2.2.2. Control Prenatal.

2.2.2.1. El Control Prenatal y su Objetivo.

El control prenatal es un conjunto de acciones encaminadas a vigilar y controlar la evolución de la gestación, identificar de manera oportuna riesgos, y prevenir complicaciones y educar a la mujer para el parto, la maternidad y el cuidado de su hijo. (Cáceres, 2009, p. 165).

Es importante conseguir que la gestante se incorpore lo más pronto posible a la consulta prenatal. Preferiblemente en cuanto sospeche que está embarazada y nunca después del siguiente retraso menstrual (Usandizaga, 2013, p.1073). El número óptimo de visitas se establecerá según los factores de riesgo y la evolución de la gestación. En gestaciones de bajo riesgo se recomienda realizar hasta 7 a 10 visitas; hasta la semana 36, cada 4 a 6 semanas; desde la semana 37, cada 1 a 2 semanas; más allá de la semana 40, 1 a 3 veces por semana. (Sanroma, 2014, p. 675).

El objetivo del control prenatal es lograr una gestación que evolucione dentro de márgenes de normalidad física, psíquica, familiar y social, finalizando con un recién nacido y su madre sanos. Se deberá identificar factores de riesgo, diagnosticar la edad gestacional, condición fetal y materna como también educar a la madre. (Juarez, Jadue, 2005, p.6).

2.2.2.2. Variantes del Control Prenatal.

Control Prenatal Precoz o temprano: De Marti (2005) indica que el control prenatal precoz de calidad es una medida de salud pública, urgente, inmediata y practica; capaz de actuar favorablemente sobre los riesgos médicos y sociales de la gestación y cuya eficacia ha sido demostrada. Debe iniciarse lo más pronto posible, preferiblemente en el primer trimestre. Pécora, et al. (2008) en su estudio

realizado en Buenos Aires-Argentina, encontró que los motivos por los cuales las gestantes no acudían precozmente al control prenatal fueron: el 33% no consiguió turno antes para la apertura de la historia clínica, 19% había realizado previamente algún control prenatal en otro establecimiento de salud, 13% por razones laborales, el 11% por el cuidado de hijos pequeños, el 9% por la distancia, otro 9% por desconocimiento de la importancia de un control prenatal precoz y sólo un 6% por razones económicas. Córdoba (2015) en su trabajo de investigación se encontró con factores sociodemográficos que se asocian al inicio tardío del control prenatal: entre estos lo más frecuentes fueron: ser gestante adolescente, estado civil soltera y bajo nivel educativo.

Control Prenatal Periódico o continuo: la frecuencia de los controles prenatales depende de la presencia o ausencia de factores y elementos de riesgo. Se recomienda una consulta y revisión cada cuatro semanas hasta la semana 31, luego cada dos semanas hasta la 37, y de ahí hasta el momento del parto cada semana, en un embarazo de alto riesgo el intervalo de las consultas debe ser menor. (Fernández, 2005, p.77).

Control Prenatal Completo o integral: cuando cumple con los contenidos mínimos de control, que deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. (Fernández, 2005, p.77).

Control Prenatal Extenso o de amplia cobertura: sólo en la medida en que se atiende la mayor población de gestantes podrán disminuir los efectos de los factores de riesgo sobre la morbilidad materna y perinatal. (Fernández, 2005, p.77).

(Pécora, et al. 2008) en su investigación establece la importancia de informar, especialmente a las mujeres en edad fértil, sobre los diferentes factores que pueden aumentar el riesgo materno-perinatal ya que, conociéndolos, pueden

controlarse para reducirlos, sobre todo cuando la detección de los mismos es precoz.

2.2.2.3. Una Atención con Enfoque Afectivo.

- Toda embarazada debe ser bienvenida y atendida con calidad y calidez.
- Los horarios de atención deben favorecer la concurrencia al CPN.
- Cuanto mayor el número de horas de atención, más elevado el número de mujeres que pueden concurrir.
- Cumplir con el horario de turnos y reducir el tiempo de espera de las pacientes.
- Se debe realizar exámenes y pruebas que responden a un propósito inmediato y que se ha demostrado que son beneficiosas. (MSP, Componente Normativo Materno, 2008, p. 28).

2.2.2.4. Medidas Específicas.

La Consulta Preconcepcional.

El estado de salud de la madre durante la gestación va a depender en gran medida del estado previo a la gestación. El principal objetivo de esta consulta es identificar las condiciones médicas y sociales en que se encuentran los miembros de la pareja, para de esta manera aumentar las probabilidades de tener resultados perinatales favorables. También se realizarán actividades tales como: anamnesis, exploración física, cribado de *Chlamydia* en menores de 25 años o con factores de riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria y suplementación farmacológica (0,4 mg/día de ácido fólico). (Soler, Quiroga, 2014, p. 485-487).

Se aconseja que la consulta preconcepcional se lleve a cabo dentro del año previo a la gestación. Algunas de las actividades realizadas en esta consulta evitan la necesidad de repetirlas en el primer CPN. (Fabre y Orós, 2013, p.1061).

El Primer Control del Embarazo.

Los cuidados prenatales deben comenzar tan pronto el embarazo sea sospechado. El momento ideal y oportuno para esta consulta debe ser a pocos días del retraso menstrual, especialmente en aquellas mujeres con antecedentes obstétricos de aborto.

Los objetivos del primer control:

1. Definir el estado actual de la madre y del producto de la concepción.
2. Determinar la edad gestacional.
3. Evaluar los posibles riesgos.
4. Planificar como se va a llevar el CPN.

1. Definir el estado actual de la madre y del producto de la concepción.

Historia Clínica.

La historia clínica es un documento médico-legal que asume un papel fundamental en la evaluación del estado de salud y en la determinación de posibles factores de riesgo. Mediante este documento se debe obtener toda la información necesaria, especialmente aquella que puede influir sobre el desarrollo normal de la gestación como las enfermedades preexistentes y la aceptación de la madre hacia el embarazo. (Juarez, Jadue, 2005, p.6).

Exploración Física.

Esta exploración busca cualquier indicio de patología sistémica con énfasis en el sistema cardiovascular, que enfrenta una importante sobrecarga durante el embarazo. Se deberá valorar el peso, talla, presión arterial de la gestante. (Cunningham, 2011 p. 197)

Tabla 1.

Clasificación internacional del estado nutricional: bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad de acuerdo a OMS.

Clasificación	IMC peso (kg) /talla (m) 2
Bajo peso	< 18,5
Rango normal	18,5-24,99
Sobrepeso	25-29,99
Obesidad	>30
Obesidad grado I (moderada)	30-34,99
Obesidad grado II (severa)	35-39,99
Obesidad grado III (muy severa)	>40

Fuente: Ministerio de Salud Pública MSP 2014. Guía de Alimentación y nutrición de la madre en período de lactancia. Adaptado OMS 2004.

Elaboración: Ministerio de Salud Pública MSP.

Tabla 2.

Recomendaciones para la ganancia total de peso (kg) y velocidad de ganancia de peso (kg/semana) durante el embarazo.

Clasificación IMC	Rango recomendado de ganancia durante el embarazo	Velocidad de ganancia de peso en el segundo y tercer trimestre kg/semana
Bajo peso <18,5	12,5 a 18	0,51 Rango: 0,44-0,58
Normal 18,5 – 24,9	11,5-16	0,42 Rango: 0,35-0,50
Sobrepeso 25 -29,9	7–11,5	0,28 Rango: 0,23-0,33
Obesidad >30	5-9	0,22 Rango: 0,17-0,27

Fuente: Institute of Medicine, IOM (USA) 2009 (tomada de Guía de Alimentación y nutrición de la madre en período de lactancia MSP 2014)

Elaboración: Ministerio de Salud Pública MSP.

El Examen Gineco-Obstétrico.

El examen obstétrico del primer control de embarazo, debe incluir el examen mamario, inspección de los genitales internos y externos y valoración de la pelvis ósea. Se debe realizar examen con espejito que permita identificar las modificaciones propias del embarazo y signos que sugieran una amenaza de

aborto tales como, sangre, cuello dilatado, membranas o productos de la concepción en el cuello y canal vaginal, y realización de Pap en caso de que este no esté vigente. Cuando exista flujo genital se realizara cultivo que permita identificar el germen involucrado. El examen debe ser complementado con el tacto digital bimanual, identificando características del cuerpo y cuello uterino, signos propios del embarazo, malformaciones, posiciones anómalas, tumoraciones, longitud, dilatación, y consistencia del cuello. (Juarez, Jadue, 2005, p.7).

El examen abdominal obstétrico adquiere importancia a partir de la decimosegunda semana, debido a que este es el tiempo en el que el útero comienza a situarse sobre el pubis y es posible escuchar latidos cardiacos fetales (LCF) con ultrasonido. La auscultación de latidos con estetoscopio de Pinard puede realizarse de las 18 semanas en adelante. La altura uterina puede ser medida para estimar el crecimiento fetal a partir de las 20 semanas, colocando la cinta métrica desde el borde superior de la sínfisis púbica hasta la parte más alta del fondo uterino. La altura del útero en centímetros entre las 18-32 semanas, es prácticamente igual a la edad gestacional en semanas. Considerar, además, que en la altura uterina puede influir el peso materno, el llene vesical, la presencia de miomas uterinos, el embarazo múltiple y la presentación fetal. (Aguilera, y Soothill, 2014 p. 882).

Exámenes Complementarios y de Laboratorio.

Los exámenes solicitados durante el primer control del embarazo tienden a complementar la impresión clínica proporcionada por la anamnesis y el examen clínico, contribuyendo de esta manera a definir el estado básico de la salud de la gestante. (Juarez, Jadue, 2005, p.7). Los exámenes a realizar son: hemoglobina, hematocrito, hemoclasificación, VDRL, VIH, glicemia, tira reactiva urinaria, urocultivo, cribado del *Streptococcus agalactiae*

Ecografía.

Una vez que se conoce desde la primera consulta que se trata de una gestación única intrauterina, se debe informar a la paciente de los protocolos posteriores posibles de cribado ecográfico y de sus objetivos, consecuencias y limitaciones.

El Protocolo incluye 3 ecografías:

- **Ecografía semana 12:** en esta se efectúa un cribado de aneuploidías y de malformaciones severas. Al mismo tiempo se determina la edad gestacional, número de fetos y la corionicidad en caso de que se trate de gestación múltiple.
- **Ecografía semana 20:** se efectúa un cribado de malformaciones, se tienen en cuenta otros marcadores de aneuploidía y se establece la edad gestacional, en caso de no haber realizado la ecografía de la semana 12.
- **Ecografía semana 34:** se lleva a cabo un cribado de la función placentaria, un estudio del crecimiento y presentación del feto.

Si en los antecedentes obstétricos de la gestante están presentes casos de preeclampsia, restricción de crecimiento fetal, o si se trata de una primigesta mayor de 35 años, se puede añadir el estudio de los flujos sanguíneos en las arterias uterinas con Doppler en la semana 24 y otra ecografía funcional placentaria en la semana 30. (Santonja, 2012, p 40).

Revisión dental.

La enfermedad periodontal, como factor desencadenante de una reacción inflamatoria sistémica, está asociada a bajo peso, aborto, muerte fetal intrauterina y pre eclampsia. (Fabre y Orós, 2013, p.1064).

Vacunación.

Si el calendario de vacunaciones contra el tétanos está incompleto se lo puede completar sin ningún problema. Las vacunas con virus vivos están contraindicadas (sarampión, parotiditis, poliomielitis, rubeola), excepto la de la fiebre amarilla en determinados viajes. Las vacunas con virus inactivos pueden utilizarse sin restricciones en el caso de la rabia o con cuidado en los casos de gripe y la hepatitis B. Las vacunas con bacterias inactivas (cólera, neumococo, peste, fiebre tifoidea) también pueden utilizarse en caso de estar indicada. (Usandizaga, 2013, p.1073).

2. Determinación de Edad Gestacional.

El término edad gestacional (EG) se refiere a la edad medida desde el primer día de la última menstruación. Determinar con exactitud la edad gestacional constituye un factor importante para el CPN. También se debe considerar que este dato es útil en la interpretación de varios test y pruebas que evalúen el bienestar fetal. Debido a que en algunos casos el FUM que refiere la gestante no es muy confiable, este dato es complementado con la ecografía realizada entre las 7 y 20 semanas. (Juarez, Jadue, 2005, p.8).

3. Determinación del Riesgo Obstétrico.

El término “riesgo” implica que la presencia de un factor (o de varios) aumenta la probabilidad de resultados adversos. El concepto de embarazo de alto riesgo pretende indicar que en presencia de determinadas circunstancias la posibilidad de morbilidad maternofetal se encuentra aumentada. La identificación de factores de riesgo permite aumentar y mejorar los cuidados obstétricos. (Usandizaga, 2013, p. 1074).

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) ha establecido una clasificación de Riesgos Obstétricos, los cuales son detectados en la primera visita prenatal, y cuya finalidad es brindar una atención personalizada y acorde a los riesgos encontrados en cada gestante.

A continuación se los clasifica como Riesgo 1 (Bajo riesgo), Riesgo 2 (Alto riesgo), Riesgo 3 (Riesgo inminente).

Riesgo 1 (Bajo Riesgo)

- Condiciones socio-económicas desfavorables. (Pobreza extrema, Desempleo, analfabetismo)
- Control insuficiente de la gestación: < 3 visitas prenatales.
- Edad extrema ≤ 19 años o ≥ 35 años en el primer embarazo.
- Adolescentes menores de 15 años indiferentes del número de embarazos.
- Drogadicción, alcoholismo y Tabaquismo.
- Gran multiparidad (Mayor de 3 gestas).
- Incompatibilidad Rh.
- Infección de vías urinaria y Flujo vaginal recurrentes por más de 2 ocasiones en tres controles subsecuentes.
- Período intergenésico por cesárea previa menor de 12 meses. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador MSP, 2014).

Riesgo 2 (Alto Riesgo)

- Anemia (Hb < 10g/dl o HTO < 25%).
- Embarazo Múltiple.
- Enfermedades crónicas no transmisibles (endocrinopatías, nefropatías, enf. Inmunológicas, hipertensión.)
- Polihidramnios u Oligoamnios.

- Epilepsia.
- Historia obstétrica desfavorable: abortos espontáneos, partos prematuros y distócicos, antecedentes de retardo del crecimiento intrauterino.
- Enfermedades neuropsiquiátricas.
- Infección materna: HIV, hepatitis B o C, toxoplasmosis, pielonefritis, rubéola, sífilis, estreptococo B, citomegalovirus, herpes 2, HPV.
- Presentación anómala: constatada tras la semana 36 de gestación.
- Desnutrición y Obesidad.
- Asma.(Ministerio de Salud Pública del Ecuador MSP, 2014)

Riesgo 3 (Riesgo Inminente)

- Amenaza de parto pretérmino.
- Cardiopatías.
- Diabetes Gestacional descompensado o en tratamiento.
- Hemorragia vaginal.
- Rotura prematura de membranas mayor de 12 horas.
- SIDA clínico.
- Trastornos hipertensivos en el embarazo.
- Alteraciones en la Frecuencia cardiaca fetal (160 latidos por minuto o falta de movimientos. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador MSP, 2014).

“Estamos Juntos”.

Estamos juntos, es una iniciativa creada para fortalecer la estrategia de reducción de muerte materna y neonatal. Considera la priorización de embarazadas que previamente fueron identificadas como de riesgo obstétrico a quien, durante el primer control se le entregara una pulsera color naranja que contiene el número telefónico del centro de salud u Hospital más cercano a su residencia. También se colocara su historia clínica en una carpeta color naranja para su diferenciación, se

le debe explicar a ella y su familia cual es la función de la pulsera y los derechos que posee complementando todo esto con un tríptico informativo.

Se colocara una bandera del mismo color en el domicilio de la embarazada con riesgo obstétrico, para facilitar su localización por los Equipos de Atención Integral de Salud (E AIS). Cuando la mujer acuda al Hospital o Centro Materno y amerite hospitalización se le entregara una bata color naranja para identificarla como embarazada de cuidados especiales. (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Consultas Subsecuentes.

La atención clínica de las consultas subsecuentes debe centrarse especialmente en el incremento de peso corporal materno, crecimiento y aumento del fondo uterino, y en vigilar la presencia de síntomas y signos de infección de vías urinarias, se fortalecerá los aspectos educativos de cuidado y atención durante la gestación, aclarar dudas, temores, angustias y preocupaciones de la gestante.

Acciones por realizar en consultas subsecuentes:

- **Palpación abdominal.-** esta se la efectúa con el fin de buscar la situación, posición y presentación a partir de las 36 semanas.
- **Control de presión arterial y peso.-** se debe realizar en cada visita prenatal.
- **Evaluación de edema.-** este se presenta en aproximadamente 4 de cada 5 gestantes.
- **Auscultación de latidos cardiacos fetales.-** su presencia es un signo de vitalidad, sin embargo carece de valor predictivo de bienestar fetal.
- **Altura del fondo uterino.-** se debe valorar en cada visita. Como dato aislado carece de valor para la detección de restricción del crecimiento intrauterino o RCIU.

- **Movimientos fetales.-** estos tienen una variabilidad muy amplia, no es muy recomendable por ser inespecífica la cuantificación y en su caso ser una fuente de angustia muy importante para la gestante.
- **Evaluación Obstétrica mediante tacto vaginal.-** se valorara a partir de la semana 37; diámetros pélvicos, grados de encajamiento y características del cuello uterino en cuanto a madurez. (Fernández, 2009, p.86-87).
- **Interrogatorio.-** se debe interrogar sobre nuevas molestias en cada visita.
- **Analíticas sanguíneas y urinarias.-** si todo transcurre con normalidad, es suficiente con repetir el hemograma, aprovechando el cribado de diabetes en la semana 24-28. En cuanto a la orina se realizara una tira reactiva en cada control, sin la necesidad de análisis complementarios cuando estas muestran normalidad. (Santonja, 2012, p.40).

2.2.2.5. Recomendaciones Generales durante el Control Prenatal.

1. **Señales de Peligro.-** si durante la gestación la mujer presentan una de estas señales, es necesario que se ponga en contacto con su médico u obstetra y acuda inmediatamente al servicio de emergencias más cercano. (Ministerio de Salud Pública, 2015).

- Sangrado vaginal en el embarazo
- Dolor intenso en el vientre
- Salida de líquido por la vagina antes de tu fecha de parto
- Dolor de cabeza
- Zumbido en los oídos
- Mareo y lucecitas
- Convulsiones
- Falta de movimientos del bebé
- Ardor al orinar o mal olor en la orina
- Parto demorado
- Fiebre
- Mala presentación del bebe

2. Consejería nutricional.- la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala la necesidad de 300 kcal adicionales durante la gestación las cuales tienen que distribuirse de la siguiente manera: 60% de hidratos de carbono, 25% de lípidos y 15% de proteínas. A las embarazadas obesas se les debe aconsejar una alimentación saludable y actividad física, las embarazadas de peso normal deberían tener una ingesta calórica de 25 a 35 Kcal/Kg de peso ideal y agregar 100 a 200 Kcal/día durante el embarazo. Esta recomendación será mayor en embarazos múltiples, en gestantes con embarazo gemelar con IMC normal se recomienda 40 a 45 Kcal/día.

Hierro.- es un mineral vital para el crecimiento y desarrollo del feto, la suplementación con hierro es necesaria durante el embarazo para aumentar el volumen de eritrocitos en la madre como también para abastecer el crecimiento del feto y la placenta. Las necesidades de este mineral no son cubiertas con la dieta corriente por lo que es necesario suplementarlo en dosis de 30 a 60mg/día en forma de sales ferrosas como fumarato, gluconato o sulfato, a partir de las 16 semanas. (Aguilera, & Soothill, 2014 p. 884).

Ácido Fólico.- denominado también folato, es una vitamina B cuya importancia radica en la prevención de los defectos congénitos (defectos del tubo neural), debe ser administrada antes y durante el embarazo. Las pautas dietéticas actuales recomiendan que las mujeres embarazadas reciban al menos 600 ucg al día proveniente de todas las fuentes. Cuando hay antecedentes de defectos del tubo neural esta suplementación debe ser de 4mg al día, tres meses previos a la concepción y durante los tres primeros meses de gestación.

Se aconseja a la mujer la ingesta de alimentos que contengan folatos: ácido fólico, como: vísceras, garbanzo, fréjol, arveja, haba, aguacate, banano, espárragos, frutas, acelga, nabo, espinaca, arvejas y harina de trigo. (MSP, Guía de Alimentación y Nutrición de la mujer gestante y de la madre en periodo de Lactancia, 2014).

Calcio.- en la gestante es importante para mantener la integridad de sus huesos, para el desarrollo del esqueleto y dientes del bebe y para la producción de leche materna. La ingesta de calcio en embarazadas de 19 años en adelante es de 1000 mg, mientras que las que tienen 14 a 18 años deben recibir 1300mg. El calcio se lo puede encontrar en alimentos como la leche y sus derivados.

- 3. Educación materna.-** en un estudio se concluyó que la mayoría de trabajos consultados apoyan los beneficios que aporta la realización del programa de educación maternal en la salud del binomio madre-hijo, tanto físicos como psíquicos y sociales, así como la aplicación de prácticas clínicas que resultan beneficiosas para ambos, como el contacto precoz piel con piel, la participación activa en el parto o la lactancia materna inmediata. (Galiano & Rodríguez, 2014).

Higiene Personal.- García (2014), expresa que se debe educar a la mujer para que practique hábitos higiénicos durante el embarazo, como el lavado de las manos, la vestimenta y el aseo personal.

Ejercicio Físico.- Márquez (2012) en su estudio concluye que las gestantes deben realizar actividad física, con una frecuencia mínima de 3-4 veces por semana, con una duración de la sesión de mínimo 25 minutos, y realizar ejercicios de intensidad moderada y vigorosa, para obtener un efecto protector contra la ganancia excesiva de peso en el embarazo y la diabetes gestacional.

Cafeína.- el consumo moderado de productos que contengan cafeína durante la gestación (hasta dos tazas de café o té al día) no se asocia con peor resultado gestacional.

Drogas de Abuso.- el consumo de drogas de abuso se asocia a malos resultados reproductivos por su asociación con la aparición de múltiples problemas durante la gestación y la concepción, el consumo de tabaco es uno de los hábitos más frecuente. La mejor decisión que se puede tomar durante la gestación es interrumpir el consumo de tabaco y generar un ambiente libre de humo en el hogar. También es importante desaconsejar la ingesta de alcohol durante el embarazo. (Fabre y Orós, 2013, p. 1065).

Actividad Laboral.- es importante evitar aquellas situaciones que están relacionadas con resultados reproductivos adversos. En la mayoría de los casos basta con adoptar algunas precauciones para disminuir riesgos.

Psicoprofilaxis Obstétrica.- es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante la gestación, parto y/o postparto para lograr condiciones obstétrica favorables y saludables en el binomio, forjándoles una experiencia satisfactoria y feliz; también fortalece la participación y rol activo del padre. (Alvarado, Mesinas y Peña, 2014, p.55).

Actividad sexual.- Se contraindica el coito en las siguientes situaciones: aborto habitual no genético, incompetencia cervical, amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino, rotura prematura de membranas, malformaciones congénitas uterinas, insuficiencia placentaria, hemorragia genital con independencia de la causa y enfermedades de transmisión sexual. (Mínguez, 2013, p. 1088).

Lactancia Materna.- es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes necesarios para que tengan un crecimiento y desarrollo saludables. La OMS aconseja la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida, la introducción de alimentos apropiados para

la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más. (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Para que las madres puedan practicar el amamantamiento exclusivo durante los seis primeros meses, la OMS y el UNICEF recomiendan:

- Iniciar el amamantamiento durante la primera hora de vida;
- Practicar el amamantamiento exclusivo, es decir, proporcionar al lactante únicamente leche materna, sin otros alimentos o bebidas, ni siquiera agua;
- Dar el pecho cuando el niño lo reclame, ya sea de día o de noche;
- No utilizar biberones, tetinas o chupetes.

2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL.

Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. (Constitución, 2008)

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad. (Constitución, 2008)

Mujeres embarazadas

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a: (Constitución, 2008)

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

Plan Nacional Buen Vivir 2013-2017

Objetivo 3. Mejorar la calidad de vida de la población.

Política 3.5. Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas.

Lineamiento.

- a. Asegurar que la población disponga de información precisa y científicamente fundamentada en relación a las prácticas y conductas sexuales y sus riesgos en la salud sexual y reproductiva, con enfoque de género, equidad e igualdad.

Meta 3.1. Reducir la razón de mortalidad materna en 29,0%. (Senplades, 2013).

Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal 2008.

Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE).

Los cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE), se basan en la premisa de que una proporción de mujeres embarazadas, puérperas y recién nacidos tendrán complicaciones las cuales en gran parte no serán prevenibles por lo que es necesario estrategias rápidas y calidad para salvar sus vidas. (MSP, Ficha Técnica, 2010).

CONE en atención prenatal.

Su finalidad es la detección y manejo inicial de embarazos con patologías, preparación y educación a la madre para el parto, administración de hierro oral y ácido fólico, toxoide tetánico, recomendaciones nutricionales y la prevención de infección de transmisión sexual. (MSP, Ficha Técnica, 2010).

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI).

Esta ley fue creada con el fin de contribuir a la reducción de la mortalidad materno-infantil, a la mejora del acceso de mujeres, niñas y niños a una atención de la salud de calidad y al fortalecimiento de la participación en procesos de toma de decisiones y en el control de la calidad de servicios.

Una de sus principales contribuciones es asegurar la continuidad de servicios esenciales para mujeres, niñas y niños, sin que esté sujeta a los cambios de política pública. Más aun, ha contribuido a la creación de mecanismos efectivos que garanticen, con gratuidad y calidad, el derecho de las mujeres ecuatorianas a la salud reproductiva. (MSP, Ficha Técnica, 2010).

2.4. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL.

Gestación.

Gestación es el término utilizado para describir el período en el que una mujer lleva un feto en su interior. En la mayoría de los casos, el feto crece en el útero. La gestación suele durar aproximadamente 40 semanas, o poco más de 9 meses, que se calculan desde el último período menstrual hasta el parto. El embarazo se divide en tres trimestres. (National Institutes of Health, 2014).

Embarazo de Alto Riesgo.

El embarazo “de alto riesgo” es aquel en el que el pronóstico materno y/o fetal es potencialmente subóptimo en comparación a un embarazo normal. Se estima que alrededor de un 20% de los embarazos corresponde a la denominación de alto riesgo y ellos son responsables de más del 80% de los resultados perinatales adversos. (Donoso, 2012, p. 1).

Control Prenatal.

El control prenatal es un conjunto de acciones encaminadas a vigilar y controlar la evolución de la gestación, identificar de manera oportuna riesgos, y prevenir complicaciones y educar a la mujer para el parto, la maternidad y el cuidado de su hijo. Para ello se realizan una serie de visitas por parte de la gestante a la institución de salud y la respectiva consulta prenatal. (Cáceres, 2009, p. 165).

Factor Socio-Cultural.

El término sociocultural hace referencia a cualquier proceso o fenómeno vinculado a los aspectos sociales y culturales de una comunidad o sociedad. De tal

modo, un elemento sociocultural tendrá que ver exclusivamente con las realizaciones humanas que puedan servir tanto para organizar la vida comunitaria como para darle significado a la misma. (Definición ABC, 2007).

Costumbres.

Costumbre es un hábito o tendencia adquirido por la práctica frecuente de un acto. Las costumbres de la vida cotidiana son distintas en cada grupo social, conformando su idiosincrasia distintiva, que, en el caso de grupos definidos localmente, conforman un determinado carácter nacional, regional o comercial. (Wikipedia, 2015).

2.5. HIPÓTESIS.

2.5.1. Hipótesis General

Los factores socioculturales se relacionan con el incumplimiento del control prenatal en las gestantes atendidas en el Centro de Salud “Montalvo” Los Ríos primer semestre del 2015.

2.5.2. Hipótesis Específicas.

- a. La adolescencia influye en el cumplimiento del control prenatal.
- b. El bajo nivel de escolaridad está asociado al incumplimiento del control prenatal.
- c. La condición económica de las gestantes se relaciona con el incumplimiento del control prenatal.
- d. Mejorando el nivel de conocimiento sobre la importancia del control prenatal las gestantes cumplirán con las normas de atención del Centro de Salud.

2.6. VARIABLES.

2.6.1. Variable Independiente.

Factores Socioculturales.

2.6.2. Variable Dependiente.

Cumplimiento del Control Prenatal.

2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable Independiente.					
	Conceptualización	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumentos de medición
Factores Socio-culturales.	El término sociocultural hace referencia a cualquier proceso o fenómeno vinculado a los aspectos sociales y culturales de una comunidad o sociedad.	Social	Edad	15-20 años 20 a 25 años 25 a 30 años 30 a 35 años	Encuesta
			Estado civil	Soltera Unión libre Casada Divorciada Viuda	Encuesta
			Estrato Social	Alto Medio Bajo Pobre	Encuesta Entrevista
			Empleo	SI NO	Encuesta
			Ubicación Geográfica	Urbana Urbano-marginal Rural	Encuesta
			Tiempo en llegar al Centro de Salud	0 a 10 min 11 a 20 min >21 min	Encuesta Entrevista

			Apoyo Familiar	SI NO	Encuesta
			Violencia Familiar	SI NO	Encuesta Observación
		Cultural	Nivel Educativo	Ninguno Primaria Secundaria Superior Otros	Encuesta
			Hábitos Nocivos	Tabaquismo Drogadicción Alcoholismo	Encuesta Observación
			Costumbres	Medicina ancestral Practicas ancestrales Parteras	Encuesta Entrevista
			Conocimientos sobre la importancia del control prenatal	SI NO	Encuesta Entrevista

Variable dependiente.					
	Conceptualización	Dimensión	Indicador	Índice	Instrumentos de medición
Cumplimiento del control prenatal	Asistencia oportuna, periódica y continua por parte de la gestante al servicio de atención prenatal del centro de salud.	Control prenatal	Inicio del CPN	Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre	Observación Entrevista
			Número de CPNs	Menos de 5 controles 5 o más controles Nivel óptimo (12 controles)	Observación Entrevista
			Frecuencia de CPNs	Cada mes Cada 2 meses Cada 3 meses Irregular	Observación Entrevista

CAPÍTULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y Diseño del Estudio

El presente es un estudio descriptivo, de corte transversal orientado a describir las condiciones socioculturales de las gestantes y su relación con el cumplimiento del control prenatal.

3.2. Tipos De Investigación;

Este trabajo de investigación se enmarcará en los tipos de investigación detallados a continuación:

- a) **Investigación de Campo**, nos involucraremos de forma directa con las gestantes atendidas en el Centro de Salud “Montalvo”.
- b) **Investigación descriptiva**, debido a que se hará la recopilación, procesamiento y determinaciones numéricas durante el estudio del problema.

3.3. Área de Estudio: Centro de Salud “Montalvo”.

3.4. Población en Estudio: se tomó en consideración 64 casos de mujeres en estado de gestación que fueron atendidas en el Centro de Salud “Montalvo”.

Población

La población o universo de investigación lo conforman, 64 gestantes.

Muestra

Para calcular el tamaño de la muestra se tomó como punto inicial el grupo de mujeres en estado de gestación, con esta información se aplicó la siguiente fórmula estadística, con una confiabilidad del 95% y con un error admisible del 5 %.

EN DONDE:

n = Tamaño de la muestra (N° de unidades a determinarse).

N = Universo o número de unidades de la población total

N-1 = Es una corrección que se usa para muestras grandes mayores de 30.

e²= Límite aceptable de error muestral, que generalmente varía entre 0.01 y 0.09 para este caso se tomó el valor de 0.05 que equivale al 5%.

$$n = \frac{N}{e^2 (N-1)+1}$$

$$n = \frac{64}{(0.05)^2 (64-1)+1}$$

$$n = \frac{64}{0.0025 (63)+1}$$

$$n = \frac{64}{0,1575+1}$$

$$n = \frac{64}{1,1575} = 55$$

La muestra es de 55 embarazadas

3.5. Definición de Caso:

Mujeres en estado de gestación.

3.5.1. Criterios de Inclusión:

- ✓ Gestante cuyo embarazo esta por culminar.
- ✓ Gestante que proceda del área urbana, urbanomarginal y rural.
- ✓ Gestantes de entre 15 a 35 años de edad.
- ✓ Gestante que decidió participar en la investigación.

3.5.2. Criterios de exclusión:

- ✓ Gestante que no estuvo de acuerdo con su participación en el estudio.

3.6. Técnicas e instrumentos

Observación.

Utilizaremos la técnica de observación de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Montalvo.

Instrumentos

- Ficha de recolección de datos
- Formulario de preguntas preelaboradas para medir las variables de estudio

Entrevista

Es una técnica orientada a establecer contacto directo con las personas que se consideren fuente de información. Dicha técnica será aplicada a las gestantes que participan en el estudio lo que nos permitirá obtener información más abierta y profunda.

Encuesta

La encuesta será aplicada a las gestantes atendidas en el Centro de Salud “Montalvo” de esta manera se podrá recopilar información que servirá de soporte para la investigación. Para la encuesta se elaborara un cuestionario de preguntas siendo útil y fácil al momento de tabular los resultados.

Validez y confiabilidad de la investigación.-

La encuesta fue validada mediante prueba piloto a una población con iguales características de la investigación, además se realizó los instrumentos con el criterio de los profesionales del área Gineco-Obstetrica del Centro de Salud “Montalvo”.

3.7. Procesamiento de la información

Fuente de información:

En el Centro de Salud “Montalvo”. Para la comprobación de nuestra información contamos con las historias clínicas de las gestantes y los partes diarios de los profesionales que ahí laboran.

Instrumento: gracias a la información obtenida de las historias clínicas de las gestantes y de los partes diarios de los profesionales de la salud, se realizó el llenado de fichas de recolección de datos. La información e investigación será elaborada, procesada y sistematizada considerando los siguientes pasos:

- Recopilación bibliográfica.
- Construcción del marco contextual de la investigación.
- Determinación del marco teórico de la investigación.
- Definición del diseño metodológico de la investigación.
- Presentación preliminar de lo anteriormente enunciado.
- Aplicación de instrumentos de investigación.
- Tabulación y procesamiento de datos.
- Presentación final de la investigación.
- Defensa y exposición del tema.

3.8. Recolección y manejo de la Información.

Para el llenado de las fichas, se acudió al Centro de Salud, departamento de estadística con previa autorización de la directora, esto con el fin de revisar las historias clínicas de las gestantes de donde se pretende obtener los datos necesarios. Con los datos obtenidos se llenó la ficha de recolección antes mencionada en la cual se registraban las características de los controles prenatales.

Se le aplicó las encuestas a las gestantes que cumplían con los criterios de inclusión. Dicho documento contenía datos sobre las condiciones sociales, culturales.

3.9. Análisis de la Información.

Se utilizarán los programas de computación Word para la elaboración de la ficha de recolección de datos y la encuesta, Excel para la tabulación y presentación de resultados (tablas y gráficos de pastel) y el programa Power point para la defensa del documento.

3.10. Consideraciones éticas.

Se elaboró un consentimiento informado el cual detallaba los propósitos del trabajo investigativo y los derechos que tenían los participantes durante la ejecución de las encuestas. También se brindó un ambiente de privacidad y confidencialidad a las gestantes durante la obtención de la información.

3.11. Recursos.

Talento Humano

- ✓ Dos investigadores
- ✓ Un Director de Tesis.
- ✓ Un Lector de Tesis.
- ✓ 64 embarazadas

FÍSICOS

Cantidad	Medida	Denominación	costo unitario	valor total
4	Meses	Internet	25,00	100,00
1		Computador	-	-
1		Impresora	47,00	47,00
		Total		147,00

MATERIALES

Cantidad	Medida	Denominación	costo unitario	valor total
1	Unidad	Pendrive	10,00	10,00
3	Resma	Papel bond 75 gramos A 4	3,75	11,25
3	Unidades	Anillado	2,00	6,00
2	Unidades	Cartucho	20,00	40,00
2	Unidades	Resaltadores	0,60	1,20
		Total		68,45

ECONÓMICOS

Denominación	Valor
Físicos	147,00
Materiales	68,45
Total	215,45

Financiamiento

El financiamiento será por recursos propios de los autores del trabajo de investigación.

3.12. Cronograma de Actividades

MESES	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				
ACTIVIDAD	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
Selección del Tema																									
Entrega del Tema																									
Aceptación del tema de investigación																									
Entrevista con el Director de Tesis																									
Revisión de textos bibliográficos																									
Planteamiento y formulación del problema, objetivos																									
Elaboración del Marco Teórico																									
Elaboración de la Metodología																									
Recolección y tabulación de resultados																									
Análisis y discusión de resultados																									
Análisis del Borrador de la Tesis																									
Primera Revisión																									
Segunda Revisión																									
Tercera Revisión																									
Revisión Final																									
Entrega de Tesis																									

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Tabulación e interpretación de datos.

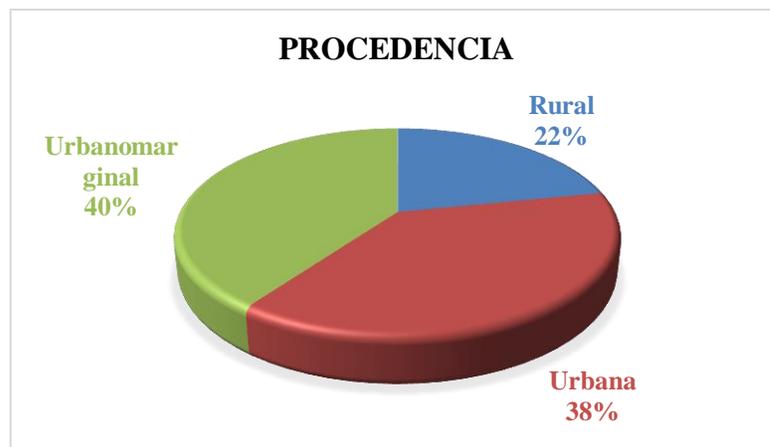
Tabla 3. Procedencia de las gestantes encuestadas.

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Rural	12	22%
Urbana	21	38%
Urbanomarginal	22	40%
TOTAL	55	100%

Fuente: encuesta a las gestantes del C.S. Montalvo.

Autores: Katuska Vera, Iber Sánchez.

Gráfica 1. Procedencia de las gestantes encuestadas.



Análisis de resultados

El mayor porcentaje de las encuestadas, 40% comprende embarazadas que habitan en el área urbanomarginal frente al 22% que proceden del área rural. Esto puede observarse en la gráfica 1.

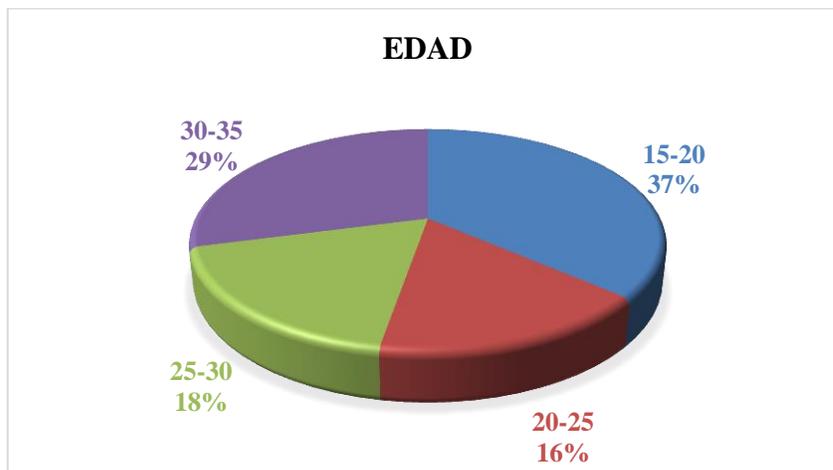
Tabla 4. Grupos de edad de las gestantes encuestadas.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15-20	20	37%
20-25	9	16%
25-30	10	18%
30-35	16	29%
TOTAL	55	100%

Fuente: encuesta a las gestantes del C.S. Montalvo.

Autores: Katuska Vera, Iber Sánchez.

Gráfica 2. Grupos de edad de las gestantes encuestadas.



Análisis de resultados

La mayor parte de las gestantes encuestadas, el 37% se encuentran cursando de entre 15 a 20 años de edad, mientras que el mínimo, 16% cursan edades que van de los 20 a 25 años de edad.

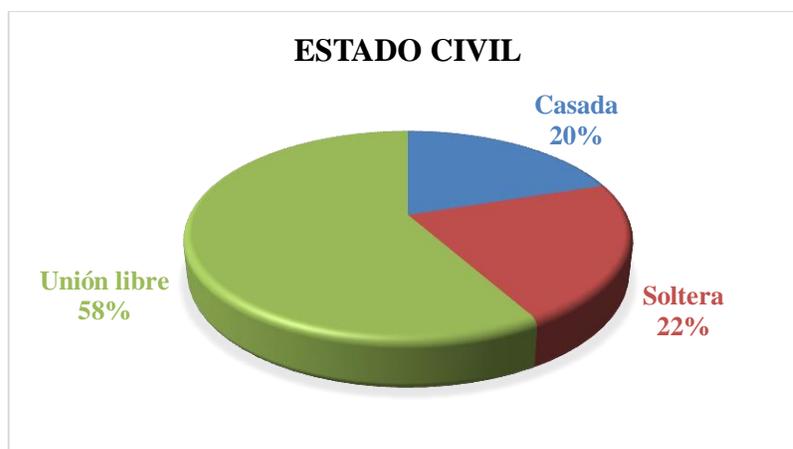
Tabla 5. Estado civil de las gestantes encuestadas.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	12	22%
Unión Libre	32	58%
Casada	11	20%
Total	55	100%

Fuente: encuesta a las gestantes C.S. Montalvo.

Autores: Katuska Vera, Iber Sánchez.

Gráfica 3. Estado civil de las gestantes encuestadas.



Análisis de resultados

En la gráfica 3 se encuentra la composición de la muestra según el estado civil de las gestantes encuestadas, que se compone de un 58% en unión libre, frente a un porcentaje del 20% con estado civil de casada.

Tabla 6. Ocupación de las gestantes encuestadas.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Quehaceres domésticos	33	60%
Trabaja	7	13%
Estudia	15	27%
Total	55	100%

Fuente: encuesta a las gestantes del C.S. Montalvo.

Autores: Katuska Vera, Iber Sánchez.

Gráfica 4. Ocupación de las gestantes encuestadas.



Análisis de resultados

En cuanto a la ocupación de las gestantes encuestadas la gráfica 4 nos indica que el 60% se dedican a actividades dentro del hogar, y tan solo el 13% cuentan con un empleo remunerado.

Tabla 7. Nivel de educación de las gestantes encuestadas.

NIVEL DE EDUCACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	2	4%
Primaria	14	25%
Secundaria	35	64%
Superior	4	7%
TOTAL	55	100%

Fuente: encuesta a las gestantes del C.S. Montalvo.

Autores: Katuska Vera, Iber Sánchez.

Gráfica 5. Nivel de educación de las gestantes encuestadas.



Análisis de resultados

En lo que respecta al nivel de educación de las gestantes encuestadas la gráfica 5 nos presenta que más de la mitad de ellas, el 64% han estudiado secundaria, y tan solo el 4% no tienen ningún nivel académico lo que genera un factor de riesgo para el embarazo.

Factores Sociales

Estrato social

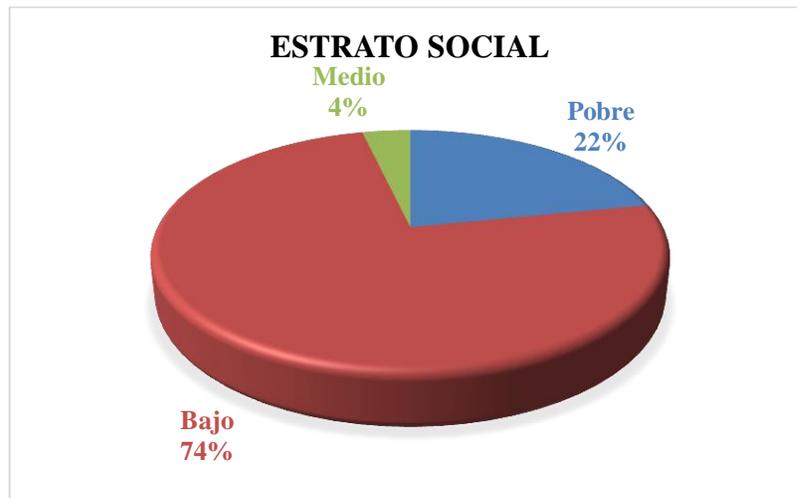
Tabla 8. Estrato social de las gestantes encuestadas.

ESTRATO SOCIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Pobre	12	22%
Bajo	41	74%
Medio	2	4%
TOTAL	55	100%

Fuente: encuesta a las gestantes del C.S. Montalvo.

Autores: Katuska Vera, Iber Sánchez.

Gráfica 6. Estrato social de las gestantes encuestadas.



Análisis de resultados

De acuerdo a los datos mostrados en la gráfica 6, el 74% de las gestantes encuestadas pertenecen a un estrato social bajo, y solamente el 4% son de un estrato social medio. Cabe indicar que en la muestra escogida no se encontró gestantes que pertenezcan a un estrato social alto.

Tabla 9. Tiempo que tardan en llegar las gestantes al centro de salud.

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0-10 min	23	42%
11-20 min	20	36%
> 21 min	12	22%
TOTAL	55	100%

Fuente: encuesta a las gestantes del C.S. Montalvo.

Autores: Katuska Vera, Iber Sánchez.

Gráfica 7. Tiempo que tardan en llegar las gestantes al centro de salud.



Análisis de resultados

En lo que corresponde al tiempo que tardan las gestantes en llegar al centro de salud, los datos obtenidos se muestran en la gráfica 7 en donde el 42% de las gestantes encuestadas refieren demorarse de 0 a 10 minutos, frente al 22% de gestantes que tardan más de 21 minutos en llegar al centro de salud.

Apoyo Familiar

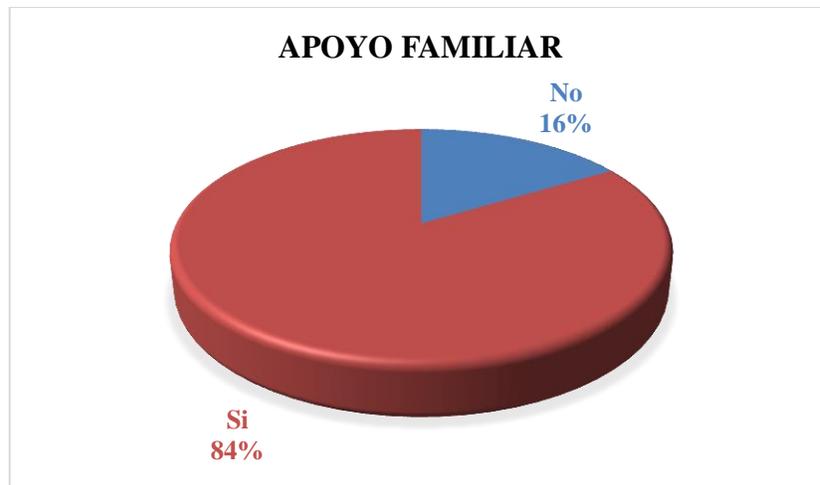
Tabla 10. Apoyo familiar en gestantes encuestadas.

APOYO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	46	84%
No	9	16%
TOTAL	55	100%

Fuente: encuesta a las gestantes del C.S. Montalvo.

Autores: Katuska Vera, Iber Sánchez.

Gráfica 8. Apoyo familiar en gestantes encuestadas.



Análisis de resultados

Al preguntar a las gestantes si recibían apoyo por parte de sus familiares para acudir a los controles prenatales, obtuvimos los siguientes resultados: la mayor parte de las encuestadas 84% (46 gestantes) si reciben apoyo por familiares mientras que el 16% restante no lo recibe.

Violencia familiar

Tabla 11. Violencia familiar en gestantes encuestadas.

VIOLENCIA FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	15	27%
No	40	73%
TOTAL	55	100%

Fuente: encuesta a las gestantes del C.S. Montalvo.

Autores: Katuska Vera, Iber Sánchez.

Gráfica 9. Violencia familiar en gestantes encuestadas.



Análisis de resultados

En lo referente a la violencia familiar la gráfica 9 nos demuestra que la mayor parte de las encuestadas 73%, no han recibido algún tipo de violencia por parte de sus familiares, pero el 27% que equivale a 15 gestantes encuestadas refirieron haber recibido algún tipo de violencia, considerándose como factor de riesgo para la normal evolución del embarazo.

Factores Culturales

Hábitos nocivos

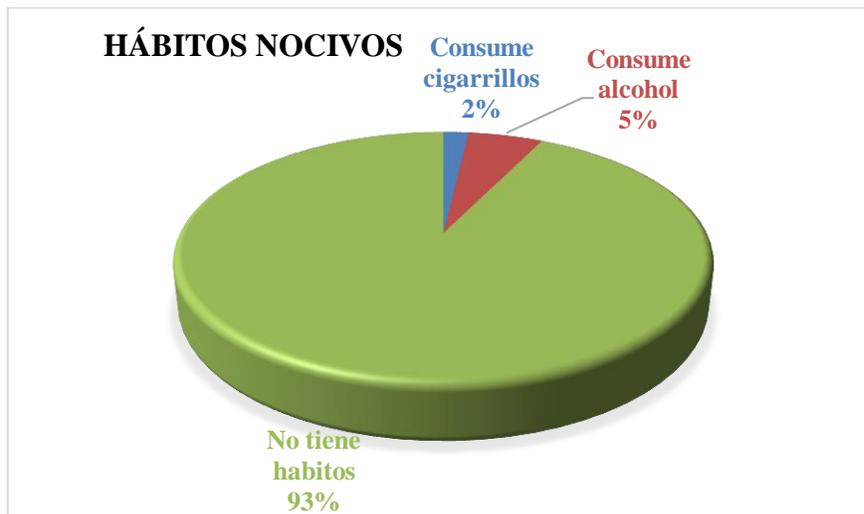
Tabla 12. Hábitos nocivos en las gestantes encuestadas.

HÁBITOS NOCIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Consume cigarrillos	1	2%
Consume alcohol	3	5%
No tiene hábitos	51	93%
TOTAL	55	100%

Fuente: encuesta a las gestantes del C.S. Montalvo.

Autores: Katuska Vera, Iber Sánchez.

Gráfica 10. Hábitos nocivos en las gestantes encuestadas.



Análisis de resultados

En lo que concierne a hábitos nocivos se encontró que una gran parte de las participantes, 93% (51 gestantes) no presentan hábitos que puedan perjudicar el embarazo, tan solo un 2% consume cigarrillos lo que interviene como factor de riesgo durante la gestación. Estos resultados se detallan en la gráfica 10.

Costumbres

Tabla 13. Uso de remedios caseros en gestantes encuestadas.

REMEDIOS CASEROS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	4	7%
No	32	58%
A veces	19	35%
TOTAL	55	100%

Fuente: encuesta a las gestantes del C.S. Montalvo.

Autores: Katuska Vera, Iber Sánchez.

Gráfica 11. Uso de remedios caseros en gestantes encuestadas.



Análisis de resultados

Al interrogar a las gestantes sobre la preferencia entre los remedios caseros y las medicinas que les otorga el centro de salud en caso de presentar alguna dolencia durante el embarazo, el 58% respondió que prefieren los del centro de salud, mientras que el 7% prefieren los remedios caseros en su totalidad. La gráfica 11 detalla los resultados mencionados.

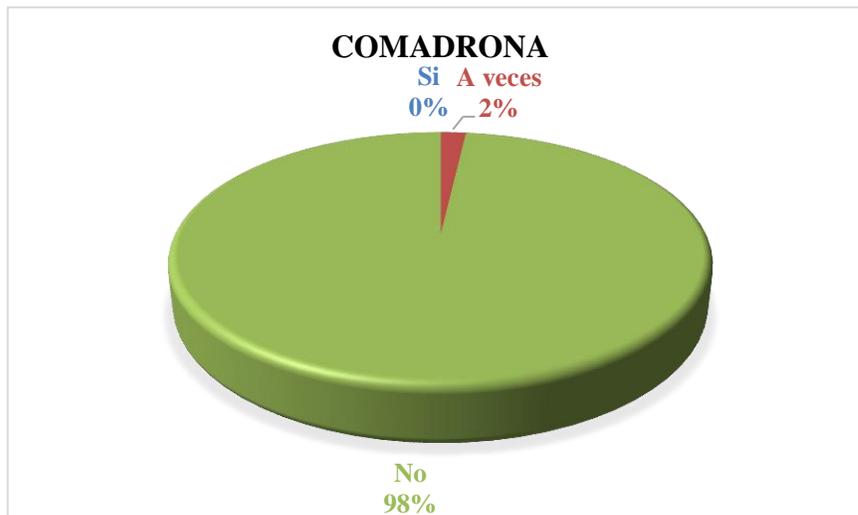
Tabla 14. Gestantes que acuden a las comadronas.

ACUDE A LA COMADRONA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	0	0%
No	54	98%
A veces	1	2%
TOTAL	55	100%

Fuente: encuesta a las gestantes del C.S. Montalvo.

Autores: Katuska Vera, Iber Sánchez.

Gráfica 12. Gestantes que acuden a las comadronas.



Análisis de resultados

Al preguntar a las gestantes si prefieren ir donde la comadrona en lugar del centro de salud cuando tienen alguna duda sobre la evolución de su embarazo, casi el total de encuestadas el 98% expresaron que no, y tan solo el 2% refirió acudir a la comadrona a veces. Estos resultados se plasman en la gráfica 12.

Tabla 15. Gestantes que se han realizado masajes uterinos.

MASAJE UTERINO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	11	20%
No	42	76%
A veces	2	4%
TOTAL	55	100%

Fuente: encuesta a las gestantes del C.S. Montalvo.

Autores: Katuska Vera, Iber Sánchez.

Gráfica 13. Gestantes que se han realizado masaje uterino.



Análisis de resultados

La gráfica 13 nos muestra que el 76% de las gestantes encuestadas no se han realizado masajes uterinos con el fin de acomodar al bebe, mientras que el 4% manifiesta que a veces, recordemos que en la actualidad estas prácticas se desaconsejan por los inconvenientes que pueden generar, más aun cuando son realizadas por personal no calificado.

Conocimientos sobre la importancia del control prenatal

Tabla 16. Conocimientos de las gestantes sobre la importancia del CPN.

CONOCIMIENTOS SOBRE EL CPN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	29	53%
No	26	47%
TOTAL	55	100%

Fuente: encuesta a las gestantes del C.S. Montalvo.

Autores: Katuska Vera, Iber Sánchez.

Gráfica 14.



Gráfica 15.



El 53% de las encuestadas (29 gestantes) señalaron tener conocimiento del porque es importante el control prenatal, mientras que el 47% (26 gestantes) no conocen la importancia. Gráfica 14.

De las gestantes que poseen conocimientos el 41% (12 gestantes) expresaron que es importante para él bienestar del bebe, el 38% (11 gestantes) indican que es necesario para que él bebe crezca sano, el 14% (4 gestantes) refieren que las prepara para el parto, y el 7% restante para que el embarazo marche bien. Esto se detalla en la gráfica 15.

Cumplimiento del Control Prenatal

Inicio del control prenatal

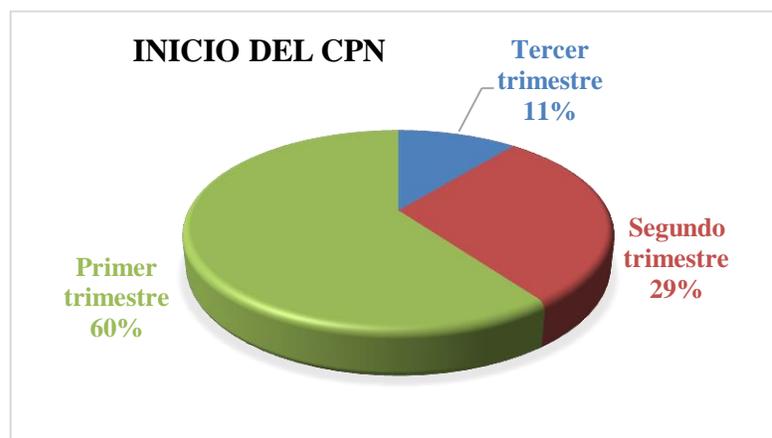
Tabla 17. Inicio del control prenatal en las gestantes encuestadas.

INICIO DEL CPN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primer trimestre	33	60%
Segundo trimestre	16	29%
Tercer trimestre	6	11%
TOTAL	55	100%

Fuente: revisión de historias clínicas de las gestantes encuestadas.

Autores: Katuska Vera, Iber Sánchez.

Gráfica 16. Inicio del control Prenatal en las gestantes encuestadas.



Análisis de resultados

En lo concerniente al inicio del control prenatal por parte de las gestantes, encontramos que el 60% de las encuestadas iniciaron su control prenatal durante el primer trimestre de gestación, cumpliendo de esta manera con lo recomendado por el MSP de iniciar el control lo más pronto posible (en el primer trimestre), solo un 11% inicio sus controles durante el tercer trimestre no cumpliendo así con lo establecido por el MSP en su Componente Normativo Materno.

Número de controles prenatales

Tabla 18. Número de controles prenatales realizados por las encuestadas.

NUMERO DE CONTROLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 5 controles	21	38%
5 o más controles	34	62%
12 controles	0	0%
TOTAL	55	100%

Fuente: revisión de historias clínicas de las gestantes encuestadas.

Autores: Katuska Vera, Iber Sánchez.

Gráfica 17. Número de controles prenatales realizados por las encuestadas.



Análisis de resultados

Al indagar sobre el número de controles que se han realizado las participantes encontramos que el 62% (34 gestantes) se realizaron 5 o más controles prenatales cumpliendo con el nivel mínimo eficiente establecido por el MSP, el 38% restante (21 gestantes) no lo cumple debido a que se realizaron menos de 5 controles. Cabe mencionar que no existieron gestantes que hayan cumplido con 12 controles que es el nivel óptimo.

Frecuencia de los controles prenatales

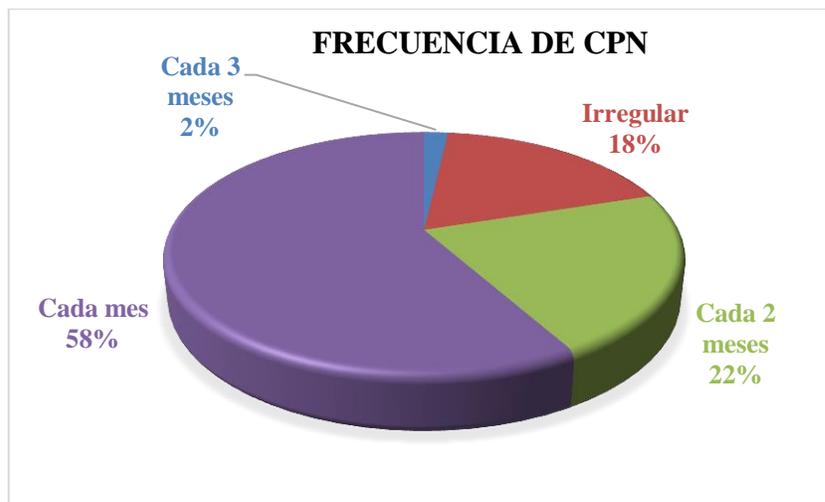
Tabla 19. Frecuencia con la que acudían a los CPNs las gestantes encuestadas.

INTERVALO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cada mes	32	58%
Cada 2 meses	12	22%
Cada 3 meses	1	2%
Irregular	10	18%
TOTAL	55	100%

Fuente: encuesta directa a las gestantes del C.S. Montalvo.

Autores: Katuska Vera, Iber Sánchez.

Gráfica 18. Frecuencia con la que acudían a los CPNs las gestantes encuestadas.



Análisis de resultados

Con respecto a la frecuencia en la que acudían las gestantes encuestadas a los controles prenatales la gráfica 18 nos muestra que el 58% acudían cada mes a realizarse sus chequeos, frente al 2% que acudían cada 3 meses.

Tabla 20. Correlación de la edad con el número de controles prenatales.

EDAD	NÚMERO DE CPNs REALIZADOS		
	Menos de 5 controles	5 o más controles	12 controles
15 a 20 años	11	9	0
20 a 25 años	2	7	0
25 a 30 años	4	6	0
30 a 35 años	4	12	0
TOTAL	21	34	0

Fuente: revisión de historias clínicas de las gestantes del C.S. Montalvo.

Autores: Katuska Vera, Iber Sánchez.

Gráfica 19. Promedio de control prenatal de acuerdo a la edad.



Análisis de resultados

En la gráfica 19 podemos observar el promedio de control prenatal en el centro de salud “Montalvo” durante el primer semestre del 2015 de acuerdo a la edad de las gestantes encuestadas, en el grupo de 20 a 25 años existe un promedio de 6.1 controles, mientras que en el grupo de gestantes de 15 a 20 años se observó un promedio de 4.1 controles. Nos podemos dar cuenta gracias a la gráfica que a menor edad, menor es el promedio de CPN.

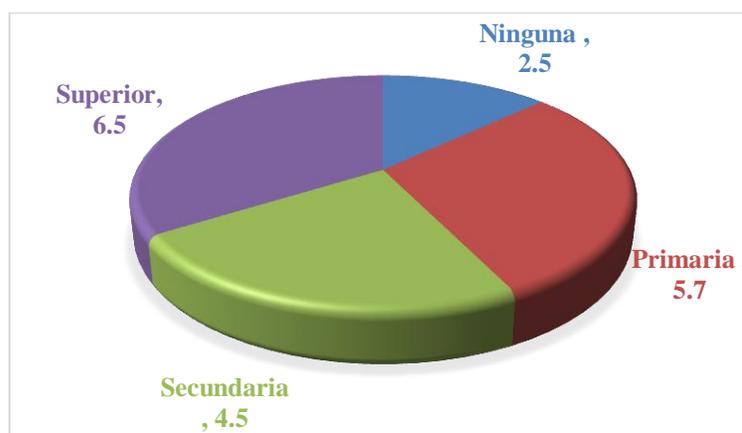
Tabla 21. Correlación del nivel de educación con el número de controles prenatales.

NIVEL DE EDUCACIÓN	NÚMERO DE CPNs REALIZADOS		
	Menos de 5 controles	5 o más controles	12 controles
Ninguna	2	0	0
Primaria	3	11	0
Secundaria	15	20	0
Superior	1	3	0
TOTAL	21	34	0

Fuente: revisión de historias clínicas de las gestantes del C.S. Montalvo.

Autores: Katuska Vera, Iber Sánchez.

Gráfica 20. Promedio de control prenatal de acuerdo al nivel de educación.



Análisis de resultados

La gráfica 20 nos detalla el promedio de control prenatal en el centro de salud “Montalvo” durante el primer semestre del 2015 de acuerdo al nivel de educación de las gestantes encuestadas, como podemos ver el promedio de las gestantes que tienen un nivel de educación superior es de 6,5 controles durante el embarazo, mientras que el grupo que no tienen ningún nivel de educación cuentan con un promedio de 2,5 controles.

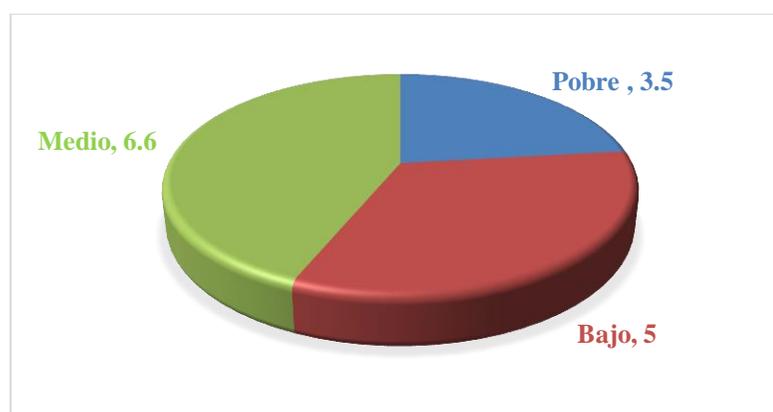
Tabla 22. Correlación del estrato social con el número de controles prenatales.

ESTRATO SOCIAL	NÚMERO DE CPNs REALIZADOS		
	Menos de 5 controles	5 o más controles	12 controles
Pobre	7	5	0
Bajo	14	23	0
Medio	0	6	0
Alto	0	0	0
TOTAL	21	34	0

Fuente: revisión de historia clínica de las gestantes del C.S. Montalvo.

Autores: Katuska Vera, Iber Sánchez.

Gráfica 21. Promedio de control prenatal de acuerdo al Estrato Social.



Análisis de resultados

En la gráfica 21 se encuentra detallado el promedio de control prenatal en el centro de salud “Montalvo” durante el primer semestre del 2015 de acuerdo al estrato social de las gestantes encuestadas, el grupo de gestantes consideradas como de estrato social medio presentan un promedio de 6,6 controles, a diferencia del grupo considerado como pobre que tiene un promedio de 3,5 controles durante el embarazo.

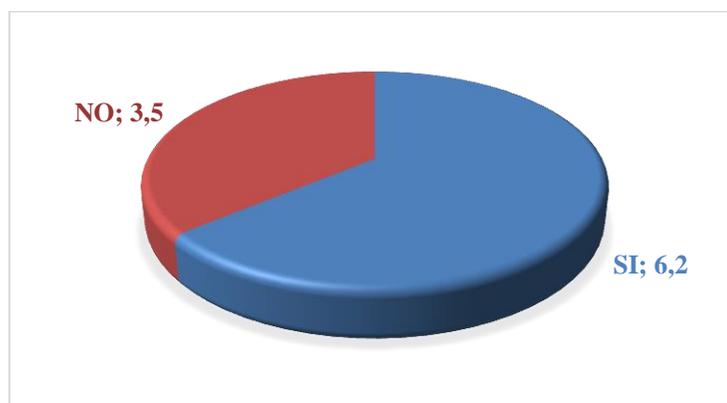
Tabla 23. Correlación del conocimiento sobre el CPN con el número de controles.

CONOCIMIENTO SOBRE EL CPN	NÚMERO DE CPNs REALIZADOS		
	Menos de 5 controles	5 o más controles	12 controles
SI	5	24	0
NO	16	10	0
TOTAL	21	34	0

Fuente: revisión de historia clínica de las gestantes del C.S. Montalvo.

Autores: Katuska Vera, Iber Sánchez.

Gráfica 22. Promedio de control prenatal de acuerdo al conocimiento que tienen las gestantes sobre la importancia del CPN.



Análisis de resultados

La grafica 22 nos muestra el promedio del control prenatal de acuerdo al conocimiento de las gestantes sobre cuán importante es el control prenatal, el grupo que tiene conocimientos cuenta con un promedio de 6,2 controles durante el embarazo, mientras que el grupo que carece de conocimientos posee un promedio de 3,5 controles.

Tabla 24. Correlación del tiempo que tardan en llegar las gestantes al centro de salud con el número de controles.

TIEMPO EN LLEGAR AL CS	NÚMERO DE CPNs REALIZADOS		
	Menos de 5 controles	5 o más controles	12 controles
0 a 10 minutos	5	18	0
11 a 20 minutos	8	12	0
Más de 21 minutos	8	4	0
TOTAL	21	34	0

Fuente: encuesta a las gestantes del C.S. Montalvo.

Autores: Katuska Vera, Iber Sánchez.

Gráfica 23. Promedio de control prenatal de acuerdo al tiempo que tardan en llegar las gestantes al centro de salud



Análisis de resultados

La gráfica 23 identifica el promedio de CPN de acuerdo al tiempo que tardan en llegar las gestantes al centro de salud, el grupo que tarda de 0 a 10 minutos tuvo un promedio de 5,6 controles durante el embarazo, frente al grupo de gestantes que tardan más de 21 minutos cuyo promedio fue de 3 controles.

4.2. Comprobación y Discusión de Hipótesis

Gracias a la recolección de información, la tabulación y el análisis pudimos demostrar que nuestro tema de investigación: “Factores Socio Culturales y su relación con el cumplimiento del control prenatal en gestantes atendidas en el centro de salud “Montalvo” Los Ríos primer semestre 2015”, sirvió para confirmar la validez de hipótesis planteadas, tomando como datos los resultados obtenidos en la tabla 20, 21 y 22, y en la gráfica 19, 20 y 21.

4.3. Conclusiones

- El 62% del total de casos cumplió con 5 controles o más en concordancia con el antes mencionado nivel mínimo eficiente. Además el 60% de las embarazadas inició su CPN en el primer trimestre accediendo de manera oportuna y precoz a los servicios de atención materna del centro de salud, no obstante se observó que a pesar de esto las gestantes abandonaban el CPN.
- El grupo de edad de 15 a 20 años se realizó menos controles en comparación a los grupos en edades superiores, identificándose así que a menor edad menor es el número de controles prenatales, además este grupo tuvo un promedio de 4.1 controles durante el embarazo.
- Se evidenció que el grupo de mujeres sin nivel de educación no cumplen con el número mínimo eficiente de CPNs establecido por el MSP al igual que el grupo de gestantes consideradas como de estrato social pobre influyendo negativamente en el cumplimiento.

- Se encontró que las gestantes que demoran más tiempo en llegar al centro de salud tienen menos controles prenatales que aquellas que no tardan mucho tiempo.
- Los principales factores y condiciones que afectan el cumplimiento del control prenatal por parte de las gestantes son la falta de educación, la pobreza, la falta de conocimientos sobre la importancia del control prenatal las grandes distancias que tienen que transitar hasta llegar al centro de salud.

4.4. Recomendaciones

- Elaboración y ejecución de campañas de educación e información continua sobre la importancia del control prenatal, en donde se involucren a estudiantes y profesionales de ciencias de la salud para un mejor desarrollo de las campañas.
- Fortalecer los programas de visitas comunitarias ya existentes e implementados por el MSP para llegar a las gestantes que no pueden acceder a la atención materna.
- Realizar una vigilancia más estricta y rigurosa a las gestantes consideradas de riesgo en especial aquellas que cursan la adolescencia.

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA ALTERNATIVA

Plan de capacitación sobre la importancia del control prenatal en la prevención de complicaciones durante el embarazo dirigida a mujeres en edad reproductiva y gestantes que acuden al área de Gineco-Obstetricia del Centro de Salud “Montalvo”.

5.1. Presentación.

El bajo nivel de conocimientos o la falta de este sobre cuán importante es el control prenatal como estrategia preventiva de complicaciones que pueden poner en peligro la normal evolución del embarazo, constituye un motivo de preocupación para los profesionales de la salud que intervienen en la atención prenatal. A pesar de los programas estratégicos implementados para educar a las mujeres en estos aspectos, existen muchos factores condicionantes que les impiden tener acceso a dicha educación.

Hemos observado en medios de comunicación escrita, que entre los factores que limitan el acceso de las mujeres a tener información científica están la pobreza, el desempleo, el bajo nivel académico, la lejanía de sus casas, vivir en zonas urbano marginales, ser víctimas de violencia familiar, entre otros.

Debido a esto vemos necesario e importante implementar este plan de capacitación sobre la importancia del control prenatal en la prevención de complicaciones durante el embarazo, lo que generara conocimientos y reflexión en las participantes aportando de manera positiva a la solución del problema.

5.2. Objetivos

5.2.1. Objetivo General

Disminuir las complicaciones del embarazo en las gestantes que acuden al área de Gineco-Obstetricia del Centro de Salud “Montalvo”.

5.2.2. Objetivos Específicos

- Incentivar a las mujeres en edad reproductiva a que planifiquen su embarazo realizando el control preconcepcional para detectar patologías preexistentes.
- Generar conocimientos sobre la importancia del control prenatal en la prevención de complicaciones durante el embarazo.
- Promover la asistencia precoz y oportuna de la gestante al control prenatal.

5.3. Contenido

- La consulta preconcepcional
- Detección y tratamiento de patologías antes de la concepción
- El Control Prenatal
- Características del Control Prenatal
- Detección de Factores de Riesgo
- Señales de Peligro durante el Embarazo
- Psicoprofilaxis y su influencia en el trabajo de parto

5.4. Descripción de los aspectos operativos de la propuesta.

Se realizaran charlas educativas, talleres, trípticos, se aplicara una evaluación de conocimientos utilizando un cuestionario de preguntas antes y después de la intervención. La metodología utilizada se basara en la siguiente planificación:

Proceso que incide la aplicación de la propuesta	Tipos de Estrategias
Evaluación de conocimientos previo a la ejecución de la propuesta	Pre-Test
Análisis de los resultados	Información obtenida a través de la aplicación del Pre-Test
Socialización de resultados	Reunión con el personal de salud de la unidad operativa
Capacitación a las gestantes y mujeres en edad reproductiva	Charlas Educativas
Evaluación de la ejecución de la propuesta	Post-Test

5.5. Recursos

ACTIVIDAD	TALENTO HUMANO	RECURSO MATERIAL	RECURSO FINANCIERO
Análisis, revisión y aprobación de la Propuesta	Personal de salud	-----	-----
Coordinación de actividades a realizar	Personal de salud	-----	-----
Evaluación de conocimientos previo a la ejecución de la propuesta.	Gestantes Mujeres en edad reproductiva	Hojas Bolígrafos Impresiones	16,00
Socialización de los resultados del diagnóstico	Personal de salud	Folletos	10,00
Capacitación a las gestantes y mujeres en edad reproductiva	Personal de salud Gestantes Mujeres en edad reproductiva	Papel periódico Marcadores Trípticos	20,00
Evaluación de la ejecución de la propuesta	Personal de salud	-----	-----
TOTAL			46,00

5.6. Cronograma de Ejecución de la Propuesta.

Actividad	NOVIEMBRE			DICIEMBRE				ENERO			
Análisis y revisión de la propuesta	■										
Aprobación de la propuesta.	■										
Coordinación de acciones.		■									
Prueba de conocimientos previo a la ejecución de la propuesta.			■								
Diagnóstico.				■							
Capacitación a las gestantes y mujeres en edad reproductiva.					■	■	■	■	■	■	
Evaluación de resultados obtenidos en la ejecución de la propuesta.											■

6. REFERENCIAS

6.1. BIBLIOGRAFÍA.

- Aguilera, P. S., & Soothill, M. P. (2014). Control Prenatal. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 880-886.
- ALFARO, N., Farías, M. V., Figueroa, I. V., Sánchez, A. G., & Torres, Y. S. G. (2006). Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo. *Investigación en Salud*, 8(1), 50-53.
- Alonso Varea, J. M., & Castellanos Delgado, J. L. (2006). Por un enfoque integral de la violencia familiar. *Intervención Psicosocial*, 15(3), 253-274.
- Alvarado, S. M., Mesinas, A. G., & Peña, M. Y. (2014). Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos. *HORIZONTE MEDICO*, 14(4).
- Arispe, C., Salgado, M., Tang, G., González, C., & Rojas, J. L. (2011). Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia: Frequency of inadequate prenatal care and associated factors. *Revista Médica Herediana*, 22(4), 159-160.
- Asamblea Constituyente. (2008). *Constitución Política del Ecuador*. Ciudad de Alfaro: Registro Oficial 449.
- Bedoya J., Jiménez F. y Jiménez F. [Ed.]. (2013). Factores psicosociales y embarazo. *Tratado de Ginecología y Obstetricia. Medicina Materno Fetal* (p. 1081). Madrid España: Editorial Médica Panamericana.
- Bernales, B. D., & Ebensperger, E. O. (2012). Embarazo de alto riesgo.
- Cáceres-Manrique, F. D. M. (2009). El control prenatal: una reflexión urgente. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*, 60(2), 165-170.
- Córdoba, R., Escobar, L. P., & Guzmán, L. L. (2015). Factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián de la Plata, Huila, 2009. *Revista Facultad de Salud-RFS*, 4(1), 39-49.
- F. Gary Cunningham. (2011). *Obstetricia de Williams* (p. 197). México: Editorial McGraw. Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.

- De Marti, G. P., Carrasco, G. C., Peña, A. M., & Carvajal, A. M. (2005). Asociación entre la calidad del control prenatal y los desenlaces perinatales. *Salud*, 9.
- Díaz, M., & Sofía, Z. (2015). Factores asociados a la asistencia al control prenatal en gestantes del municipio de Yopal Casanare, Colombia–2011.
- Donoso, B., & Oyarzún, E. (2012). Embarazo de alto riesgo. *Medwave*, 12(05).
- Fabre E. y Orós D. [Ed.]. (2013). Consulta Preconcepcional. Tratado de Ginecología y Obstetricia. Medicina Materno Fetal (p. 1061, 1064-1065). Madrid España: Editorial Médica Panamericana.
- Faneite, P., Rivera, C., Rodríguez, F., Amato, R., Moreno, S., & Cangemi, L. (2009). Consulta prenatal: motivos de inasistencia, ¿se justifica? *Rev. Obstet. Ginecol. Venezuela*, 69(3), 147-151
- Fernández Alba Julio. (2009). Obstetricia Clínica de Llaca Fernández (p. 77-79, 86-87). México: Editorial McGraw. Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Galiano, J. M. M., & Rodríguez, M. D. (2014). Contribución de la educación maternal a la salud maternoinfantil. Revisión bibliográfica.
- Juarez G. y Jadue C. [Ed.]. (2005). Control Prenatal. Obstetricia. Guías Clínicas. Hospital Clínico Universidad de Chile (p.6-8).
- Lasso Toro, P. (2012). Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud? *Pensamiento psicológico*, 10(2), 123-133.
- Magri, R., Míguez, H., Parodi, V., Hutson, J., Suárez, H., Menéndez, A.,... & Bustos, R. (2007). Consumo de alcohol y otras drogas en embarazadas. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 78(2), 122-132.
- Márquez, J. J., García, V., & Ardila, R. (2012). Ejercicio y prevención de obesidad y diabetes mellitus gestacional. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 77(5), 401-406.
- Mideros, A. (2012). Ecuador: Definición y medición multidimensional de la pobreza, 2006-2010. *Revista Cepal*.
- Mínguez J. A., Zamora M. y Mínguez J. [Ed.]. (2013). Factores laborables, físicos y sexualidad durante el embarazo. Tratado de Ginecología y

Obstetricia. Medicina Materno Fetal (p. 1088). 2013 Madrid España: Editorial Médica Panamericana.

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

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

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

Navarro, M. M. O. (2013). Atención integral de la embarazada en la comunidad. Hallazgos, 10(20).

Navarro-Valencia, M. C. (2011). ¿Hegemonía y salud? cultura y formas de atención a la salud sexual y reproductiva en un colectivo de mujeres en situación de exclusión.

Parra M. O. [Ed]. (2009). El Control Prenatal. Obstetricia Integral Siglo XXI. Bogotá Colombia: Editorial Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia.

Pécora, O. A., San Martín, M. E., Cantero, A., Furfaro, K., Jankovic, M. P., & Llompart, V. (2008). Control prenatal tardío: ¿barreras en el sistema de salud? Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 27(3), 114-119.

Pérez-Toga, G. (2005). Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc., 43(5), 377-80.

Rodríguez-Páez, F. G., Jiménez-Barbosa, W. G., Jiménez-González, C. A., Coral-Córdoba, Á. E., Ramírez-Solano, P. C., & Ramos-Navas, N. R. (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, 13(27).

Sanroma Pérez A [Ed.]. (2014). Control Prenatal del Embarazo Normal. Obstetricia y Ginecología. Guía de Actuación (pp. 675). Madrid España: Editorial Médica Panamericana.

Santonja J. [Ed]. (2012). Control de un Embarazo Normal. Casos Clínicos de Obstetricia y Ginecología. (p.40). Madrid España: Editorial Médica Panamericana.

- Senplades. (2013). Plan Nacional del buen Vivir 2013-2017. Quito: Senplades.
- Soler I. y Quiroga R. [Eds.]. (2014). Consulta Preconcepcional. Obstetricia y Ginecología. Guía de Actuación (pp. 485-487). Madrid España: Editorial Médica Panamericana.
- The American College of Obstetrician and Gynecologist. La nutrición durante el Embarazo. 2015. 3-4
- Tinoco Loja, J. E., & Tinoco Loja, J. E. (2012). Factores limitantes para el control prenatal periódico y oportuno en las embarazadas que acuden a la consulta externa del Hospital Universitario de Motupe-Loja, periodo Febrero-Agosto 2011 (Doctoral dissertation).
- Usandizaga. M. [Ed.]. (2013). La conducción del Embarazo normal. Tratado de Ginecología y Obstetricia. Medicina Materno Fetal (pp. 1073-1074). Madrid España: Editorial Médica Panamericana.
- Yarmila, V. C., & Cinthia, P. C. (2006). Asistencia de mujeres embarazadas al cuarto control prenatal, Hospital Impana Julio 2004-Septiembre 2005. Biofarbo, 14.

6.2. LINKOGRAFÍA.

- Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social CEPAR. Encuesta Demográfica de Salud materna e Infantil ENDEMAIN -2004. Ecuador 2005 [consultado 2015 septiembre 22]. Disponible en: <http://www.cepar.org.ec/endemain-base-de-datos.html>
- Definición ABC. (2007). Definición de Sociocultural. 11 de octubre del 2015, de Definición ABC Sitio web: <http://www.definicionabc.com/social/sociocultural.php>
- Diario El Universo. (2015). Cesáreas crecen y mortalidad materna sigue a tasas altas. 26 de octubre del 2015, de Diario El Universo Sitio web: <http://www.eluniverso.com/noticias/2015/05/10/nota/4853516/cesareas-crecen-mortalidad-materna-sigue-tasas-altas>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Salud Sexual y Reproductiva) – ENSANUT ECU-2012.

Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/>

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

La Hora. (2013). Montalvo un paraíso turístico. 23 de octubre del 2015, de Diario La Hora Sitio web: <http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101511131#.VkvLW-HYvfIU>

María Augusta Sandoval. (2011). Cultura influye en el control prenatal. 25 de octubre del 2015, de Diario El Telégrafo Sitio web: www.telegrafo.com.ec

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

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

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

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

Organización Mundial de la Salud (OMS). Acción sobre los Factores Sociales determinantes de la Salud: aprender de las experiencias anteriores. Marzo de 2005. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf

Wikipedia. (2015). Costumbre. 11 de octubre del 2015, de Wikipedia La Enciclopedia Libre Sitio web: <https://es.wikipedia.org/wiki/Costumbre>

7. ANEXOS

ANEXO 1. ENCUESTA

1. Datos generales				
Nombres:				
N° de encuesta:		Edad:		
Ocupación:			Estado civil:	Soltera
Procedencia	Urbana			Unión libre
	Urbanomarginal			Casada
	Rural			Divorciada
				Viuda
Grado de instrucción			Ninguna	
			Primaria	
			Secundaria	
			Superior	
			Otros	

2. Factores Sociales				
Estrato Social				
¿Cuál es el ingreso familiar mensual?	\$			
¿Cuántos minutos/horas se hace usted desde su casa hasta el centro de salud?	0 a 10 minutos			
	11 a 20 minutos			
	> 21 minutos			
Apoyo Familiar				
¿Recibe usted apoyo por parte de su familia para ir al CPN?	SI		NO	

Violencia Familiar			
¿Ha recibido usted maltrato por parte de sus familiares?	SI		NO
¿Qué tipo de violencia?	Verbal		
	Física		
3. Factores Culturales			
Hábitos Nocivos			
	SI	NO	
¿Consume usted cigarrillos?			
¿Consume usted drogas?			
¿Consume usted alcohol?			
Costumbres			
	SI	NO	A VECES
¿Prefiere usar remedios caseros en lugar de los medicamentos que ofrece el centro de salud para tratar dolencias durante el embarazo?			
¿Prefiere ir donde la comadrona en lugar del centro de salud cuando tiene alguna duda sobre la evolución de su embarazo?			
¿Se ha hecho masajear la barriga para acomodar al bebe?			
Conocimientos sobre la importancia del control prenatal			
	SI	NO	
¿Conoce usted porque es importante el control prenatal?			
Explique:	<hr/> <hr/>		

ANEXO 2. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRES:		
EDAD:		
Cumplimiento del control prenatal		
Inicio del CPN	I trimestre (1-12 sem)	
	II trimestre (13-24 sem)	
	III trimestre (24-40 sem)	
Número de controles prenatales	Menos de 5	
	Más de 5	
	12 controles	
Frecuencia de controles prenatales	Cada mes	
	Cada 2 meses	
	Cada 3 meses	

ANEXO 3. SOLICITUD DE AUTORIZACION

Babahoyo, 20 de abril del 2015

Doctora.
Melba Ramos Miranda.
DIRECTORA DEL CIRCUITO DE SALUD MONTALVO.
Presente.-

De nuestras consideraciones:

Nosotros, **Katiuska Lisette Vera Camacho**, con C.I: 120533929-2, e **Iber Eduardo Sánchez Roca** con C.I: 12074918-4, egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo carrera de Obstetricia, nos dirigimos a usted con la finalidad de solicitarle el permiso correspondiente para acceder a datos estadísticos y para realizar encuestas a gestantes atendidas en esta Unidad de Salud, los datos obtenidos serán utilizados en la elaboración de nuestra Tesis de Grado, la cual se titula: **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.**

Esperando que nuestra petición tenga favorable acogida, le anticipamos nuestros más sinceros agradecimientos por su comprensión en la autorización.

Atentamente:



Katiuska Lisette Vera Camacho
C.I: 120533929-2



Iber Eduardo Sánchez Roca
C.I: 120749184-4



Recibido
15/6/15

ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN

La intención de este documento es facilitar a los(as) participantes en esta investigación una clara ilustración de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es llevada a cabo por: **KATIUSKA LISETTE VERA CAMACHO** e **IBER EDUARDO SÁNCHEZ ROCA**, estudiantes de la Carrera de Obstetricia de la Universidad Técnica de Babahoyo, este estudio trata sobre: **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.**

Se le pedirá responder preguntas en una encuesta, la cual tomara aproximadamente de 5 a 10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se obtenga en este estudio será confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

En caso de presentar alguna duda, puede hacer preguntas en cualquier momento de la encuesta. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo (la) perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la encuesta le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al (los) investigador (es) o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Katiuska Vera C.

Iber Sánchez R.

Participante.

ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, FIRMADO POR UNA PARTICIPANTE DE LA INVESTIGACION.



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN

La intención de este documento es facilitar a los(as) participantes en esta investigación una clara ilustración de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es llevada a cabo por: **KATIUSKA LISETTE VERA CAMACHO** e **IBER EDUARDO SÁNCHEZ ROCA**, estudiantes de la Carrera de Obstetricia de la Universidad Técnica de Babahoyo, este estudio trata sobre: **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.**

Se le pedirá responder preguntas en una encuesta, la cual tomara aproximadamente de 5 a 10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se obtenga en este estudio será confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

En caso de presentar alguna duda, puede hacer preguntas en cualquier momento de la encuesta. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo (la) perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la encuesta le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al (los) investigador (es) o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Katuska Vera C.

Iber Sánchez R.

Participante

ANEXO 6. TRIPTICO DEL CONTROL PRENATAL

Anverso



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD

CARRERA DE OBSTETRICIA

**CONTROL
PRENATAL**



UNA ATENCIÓN CON ENFOQUE AFECTIVO

- Toda embarazada debe ser bienvenida y atendida con calidad y calidez.
- Los horarios de atención deben favorecer la concurrencia al CPN.
- Cuanto mayor el número de horas de atención, más elevado el número de mujeres que pueden concurrir.
- Cumplir con el horario de turnos y reducir el tiempo de espera de las pacientes.



AUTORES:

Katiuska Lisette Vera Camacho
Iber Eduardo Sánchez Roca

TUTORA:

Lcda. María Martínez A.

CONTROL PRENATAL

El control prenatal es un conjunto de acciones encaminadas a vigilar y controlar la evolución de la gestación, identificar de manera oportuna riesgos, y prevenir complicaciones y educar a la mujer para el parto, la maternidad y el cuidado de su hijo.



El objetivo del control prenatal es lograr una gestación que evolucione dentro de márgenes de normalidad física, psíquica, familiar y social, finalizando con un recién nacido y su madre sanos.

Beneficios del Control Prenatal

1. Prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades maternas y neonatales.
2. Vigilancia del desarrollo, crecimiento y vitalidad fetal.
3. Manejo de los síntomas asociados al embarazo.
4. Preparación física y mental para el parto.
5. Educación para la salud materna y la crianza del niño.
6. Manejo y tratamiento de enfermedades infecciosas durante el embarazo.
7. Preparación de la madre para el proceso de la Lactancia

Señales de peligro durante el embarazo

- Sangrado vaginal en el embarazo
- Dolor intenso en el vientre
- Salida de líquido por la vagina antes de tu fecha de parto
- Dolor de cabeza
- Zumbido en los oídos
- Mareo y lucécitas
- Convulsiones
- Falta de movimientos del bebé
- Ardor al orinar o mal olor en la orina
- Parto demorado
- Fiebre
- Mala presentación del bebe



Reverso

ANEXO 7. FOTOS



Llenado de la ficha de recolección de datos con información obtenida de las Historias Clínicas de las gestantes participantes.



Aplicando encuesta, entrevista a una de las gestantes que participaron en la investigación.



Aplicando encuesta, entrevista a una de las gestantes del Centro de Salud “Montalvo”.