



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PROPUESTA PRÁCTICA DEL EXAMEN DE GRADO O DE FIN DE
CARRERA (DE CARÁCTER COMPLEXIVO)
INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL**

TEMA:

**CONTROL PRENATAL Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS, EN
COLOMBIA, PERÚ Y ECUADOR**

Autores:

ANDRADE PEÑA VALERIA DAYANA

CEDEÑO ESPINOZA NATHALY LIZBETH

Acompañante:

Dr. AYOL PEREZ LIZAN GRENNADY

Milagro, mayo 2019

ECUADOR

DERECHOS DE AUTOR

Ingeniero.

Fabrizio Guevara Viejó, PhD.

RECTOR

Universidad Estatal de Milagro

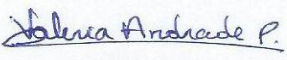
Presente.

Yo, **VALERIA DAYANA ANDRADE PEÑA** en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de la propuesta práctica de la alternativa de Titulación – Examen Complejivo: Investigación Documental, modalidad presencial, mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor de la propuesta practica realizado como requisito previo para la obtención de mi Título de Grado, como aporte a la Línea de Investigación **ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS, ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO, ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN, SALUD PÚBLICA, ENFERMERÍA EN LA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA, ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE, SEGURIDAD Y CALIDAD EN EL CUIDADO DE LA ENFERMEDAD, ALCOHOL, TABACO Y DROGAS** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de esta propuesta práctica en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, a los 10 días del mes de mayo de 2019



Valeria Dayana Andrade Peña

CI: 0942496837

DERECHOS DE AUTOR

Ingeniero.

Fabricio Guevara Viejó, PhD.

RECTOR

Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **NATHALY LIZBETH CEDEÑO ESPINOZA** en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de la propuesta práctica de la alternativa de Titulación – Examen Complexivo: Investigación Documental, modalidad presencial, mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor de la propuesta practica realizado como requisito previo para la obtención de mi Título de Grado, como aporte a la Línea de Investigación **ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS, ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO, ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN, SALUD PÚBLICA, ENFERMERÍA EN LA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA, ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE, SEGURIDAD Y CALIDAD EN EL CUIDADO DE LA ENFERMEDAD, ALCOHOL, TABACO Y DROGAS** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de esta propuesta práctica en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, a los 10 días del mes de mayo de 2019



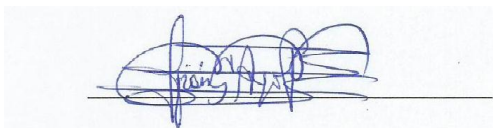
Nathaly Lizbeth Cedeño Espinoza

CI: 1719528364

APROBACIÓN DEL TUTOR DE LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL

Yo, LIZAN GRENNADY AYOL PÉREZ en mi calidad de tutor de la Investigación Documental como Propuesta práctica del Examen de grado o de fin de carrera (de carácter complejo), elaborado por el estudiante VALERIA DAYANA ANDRADE PEÑA y NATHALY LIZBETH CEDEÑO ESPINOZA, cuyo tema de trabajo de Titulación es **CONTROL PRENATAL Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS, EN COLOMBIA, PERÚ Y ECUADOR**, que aporta a la Línea de Investigación ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS, ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO, ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN, SALUD PÚBLICA, ENFERMERÍA EN LA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA, ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE, SEGURIDAD Y CALIDAD EN EL CUIDADO DE LA ENFERMEDAD, ALCOHOL, TABACO Y DROGAS previo a la obtención del Grado LICENCIADA EN ENFERMERÍA; trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo APRUEBO, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de del Examen de grado o de fin de carrera (de carácter complejo) de la Universidad Estatal de Milagro.

En la ciudad de Milagro, a los 10 días del mes de mayo de 2019.



Dr. Lizan Grennady Ayol Pérez
Tutor
C.I.: 0601290331

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR

El tribunal calificador constituido por:

Dr. Lizan Grennady Ayol Pérez

Msc. Imelda Gumerinda Arias Montero

Msc. Mariana Esperanza Guadalupe Vargas

Luego de realizar la revisión de la Investigación Documental como propuesta practica, previo a la obtención del título (o grado académico) de LICENCIADA EN ENFERMERÍA presentado por la señorita VALERIA DAYANA ANDRADE PEÑA.

Con el tema de trabajo de Titulación: CONTROL PRENATAL Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS, EN COLOMBIA, PERÚ Y ECUADOR.

Otorga a la presente Investigación Documental como propuesta práctica, las siguientes calificaciones:


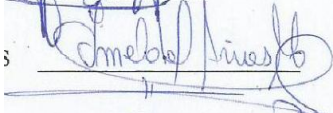

Investigación documental	[79,33]
Defensa oral	[19,67]
Total	[99,00]

Emite el siguiente veredicto: (aprobado/reprobado)

Aprobado

Fecha: 10 de mayo del 2019.

Para constancia de lo actuado firman:

	Nombres y Apellidos	Firma
Presidente	Dr. Lizan Grennady Ayol Pérez	
Secretaria	Msc. Imelda Gumerinda Arias Montero	
Integrante	Msc. Mariana Esperanza Guadalupe Vargas	

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR

El tribunal calificador constituido por:

Dr. Lizan Grennady Ayol Pérez

Msc. Imelda Gumercinda Arias Montero

Msc. Mariana Esperanza Guadalupe Vargas

Luego de realizar la revisión de la Investigación Documental como propuesta practica, previo a la obtención del título (o grado académico) de LICENCIADA EN ENFERMERÍA presentado por la señorita NATHALY LIZBETH CEDEÑO ESPINOZA.

Con el tema de trabajo de Titulación: CONTROL PRENATAL Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS, EN COLOMBIA, PERÚ Y ECUADOR.

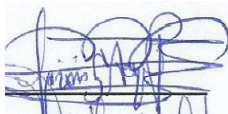
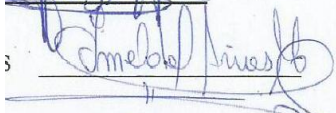
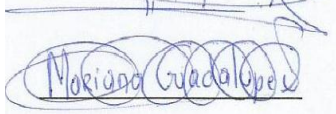
Otorga a la presente Investigación Documental como propuesta práctica, las siguientes calificaciones:

Investigación documental	[79,33]
Defensa oral	[19,67]
Total	[99,00]

Emite el siguiente veredicto: (aprobado/reprobado)

Fecha: 10 de Mayo del 2019.

Para constancia de lo actuado firman:

Nombres y Apellidos		Firma
Presidente	Dr. Lizan Grennady Ayol Pérez	
Secretaria	Msc. Imelda Gumercinda Arias Montero	
Integrante	Msc. Mariana Esperanza Guadalupe Vargas	

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a Dios por brindarme la sabiduría y constancia en la elaboración del mismo. A mis padres por las palabras de aliento en cada etapa como estudiante y por inculcarme valores y principios que me han servido a lo largo de mi vida para ser un mejor ser humano, a mis hermanas por creer en mí al brindarme ánimos para no decaer ante cualquier obstáculo. A mi novio por el apoyo incondicional en cada uno de mis pasos en mi formación como persona y como profesional.

Valeria Dayana Andrade Peña

Orgullo y satisfacción es lo que encuentro en mí al ver hasta donde he logrado llegar, es por ello que quiero dedicar este trabajo investigativo a mis padres por confiar y creer en mi capacidad intelectual y su apoyo emocional durante esta etapa, agradezco además a mi tutor de proyecto quien siempre se mostró muy sincero al realizar las correcciones de nuestro trabajo y siempre estuvo predispuesto a enseñarnos como mejorar cada día, agradezco además a mis docentes por hacer de mí la persona que soy hoy.

Nathaly Lizbeth Cedeño Espinoza

AGRADECIMIENTO

Agradezco inmensamente a Dios por la fortaleza brindada a lo largo de mi carrera universitaria, además guiarme y protegerme frente a las adversidades. A mis padres por ser el pilar fundamental en mi formación, por brindarme apoyo incondicional en la toma de decisiones que me ayudan a crecer como persona permitiéndome así cumplir mis objetivos y metas planteadas. A toda mi familia por la comprensión de mi ausencia en momentos especiales, pero que han sido necesarios para ir forjando un buen futuro. A mi novio por ser un gran apoyo al brindarme amor, dedicación y fuerzas en los momentos de desánimo con el propósito de verme triunfar y cumplir mis anhelos. A mi amiga y compañera por las experiencias vividas a lo largo de nuestra carrera y la dedicación en el proceso de este trabajo de investigación, además al Dr. Ayol, por guiarnos durante la elaboración del mismo.

Valeria Dayana Andrade Peña

Cabe destacar el enorme orgullo que siento hoy al ver realizado uno de muchos objetivos que me he planteado en la vida, es por ello que quiero agradecer a Dios principalmente por darme fuerza cada día y no permitir q desista de mis sueños y proteger siempre cada paso que doy. La vida no me concedió una familia funcional como tal, pero me premió con dos madres maravillosas y un padre ejemplar a quienes siempre les estaré agradecida por apoyar cada decisión que he tomado hasta ahora. Agradezco también a mis familiares y amigos quienes de una u otra manera se hicieron presente a lo largo de mi carrera con palabras de aliento, motivándome siempre a mejorar en mis aptitudes como profesional, compartiendo conmigo experiencias que forjen mi carácter y sin duda alguna agradezco la paciencia y la constancia de mi amiga y compañera de proyecto quien siempre me dio fortaleza en cada situación y supo brindarme apoyo emocional para no declinar ante cualquier adversidad incluyendo dicho trabajo investigativo que nos permitirá formarnos como profesionales del sector Salud.

Nathaly Lizbeth Cedeño Espinoza

ÍNDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTOR	I
DERECHOS DE AUTOR	II
APROBACIÓN DEL TUTOR DE LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL	III
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR.....	IV
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR.....	V
DEDICATORIA	VI
AGRADECIMIENTO	VII
ÍNDICE GENERAL	VIII
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN.....	3
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
1.1 Planteamiento del problema.....	4
1.2 Objetivos	6
1.2.1 Objetivo general	6
1.2.2 Objetivos específicos.....	6
1.3 Justificación.....	7
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	8
2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS	8
2.2 MARCO REFERENCIAL	10
Control Prenatal.....	10
Complicaciones obstétricas	13
METODOLOGÍA.....	17
DESARROLLO DEL TEMA.....	18
Tabla 1: Comparación de los controles prenatales que se realizan en cada país: Colombia, Perú y Ecuador.....	23
Tabla 2: Referencias usadas en el documento basadas en control prenatal y complicaciones obstétricas en Colombia, Perú y Ecuador.....	26
Tabla 3: Control prenatal y complicaciones Obstétricas de Colombia, Perú y Ecuador. .	33
Tabla 4. Resultados de control prenatal y complicaciones obstétricas, en Colombia, Perú y Ecuador.....	35
CONCLUSIONES	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38

CONTROL PRENATAL Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS, EN COLOMBIA, PERÚ Y ECUADOR

RESUMEN

Las complicaciones obstétricas son un problema del sector salud a nivel mundial, pueden conllevar a mortalidad materna, es por ello que en esta investigación se detalla la importancia del control prenatal para detectar problemas en el embarazo y prevenir graves consecuencias. **Objetivo:** Determinar la importancia del control prenatal en las principales complicaciones obstétricas en los países de Colombia, Perú y Ecuador. **Metodología:** cuantitativa, descriptiva, documental y transversal para brindar información clara, precisa y actualizada; revisiones bibliográficas sistemáticas. **Resultados:** En Colombia una muestra de 2199 gestantes, se identificó que 1260(57,2%) se realizaban CPN, de éstas 378(17,1%) presentaron TH, 49 (2,2%)HPP y 46(2%) Sepsis, mientras que 787 (35,7%) sin complicaciones; 939 (42,8%) las gestantes sin CPN presentaron TH 572 (26%), HPP 127(5,7%), sepsis 72 (3,2%), mientras que 168 (7,6%) sin complicaciones. En Perú con una muestra de 651 gestantes, 381 (58,5%) se realizaron CPN, no obstante 109 (16,7%) presentaron TH, 23 (3,5%) HPP, 14 (2,1%) sepsis y 235 (36%) sin complicaciones; 270 (41,5%) las gestantes sin CPN manifestando TH 119 (18,2%), HPP 44 (6,7%), sepsis 76 (11,6%) y sin complicaciones 31 (4,7%). En Ecuador una muestra de 13747 gestantes, 4402 (32%) cumplieron con CPN, sin embargo, la aparición de TH 1375(10%), HPP 104 (0,7%), sepsis 75 (0,5%) y sin complicaciones 2848 (20,7%); sin CPN fueron 9345 (68%) de las cuales 4968 (36,1%) presentaron TH, 1982 (14,4%) HPP, 768 (5,5%) sepsis y 1627 (11,8%) sin complicaciones. Los controles prenatales en los 3 países tienen mucha similitud, se rigen a normas de la OMS. **Conclusión:** Se puede concluir señalando la importancia de los controles prenatales para detección y prevención de complicaciones obstétricas, puesto que al existir deficiente atención prenatal la posibilidad de complicaciones es mayor, de acuerdo a los países de estudio, Ecuador posee el menor índice de CPN con mayor influencia de TH y HPP seguido de Colombia con TH, mientras que en Perú mayor casos de sepsis.

PALABRAS CLAVE: control prenatal (CPN), complicaciones obstétricas, trastornos hipertensivos (TH), hemorragias posparto (HPP), sepsis.

PRENATAL CONTROL AND OBSTETRIC COMPLICATIONS, IN COLOMBIA, PERU AND ECUADOR

ABSTRACT

Obstetric complications are a problem in the health sector worldwide, can lead to maternal mortality, which is why this research details the importance of prenatal control to detect problems in pregnancy and prevent serious consequences. **Objective:** To determine the importance of prenatal control in the main obstetric complications in the countries of Colombia, Peru and Ecuador. **Methodology:** quantitative, descriptive, documentary and transversal to provide clear, accurate and updated information; systematic bibliographic reviews. **Results:** In Colombia, a sample of 2199 pregnant women, it was identified that 1260 (57.2%) underwent NPC, of these 378 (17.1%) presented TH, 49 (2.2%) HPP and 46 (2%) Sepsis, while 787 (35.7%) without complications; 939 (42.8%) pregnant women without NPC had TH 572 (26%), HPP 127 (5.7%), sepsis 72 (3.2%), while 168 (7.6%) had no complications. In Peru with a sample of 651 pregnant women, 381 (58.5%) underwent NPC, however 109 (16.7%) presented TH, 23 (3.5%) HPP, 14 (2.1%) sepsis and 235 (36%) without complications; 270 (41.5%) pregnant women without CPN manifesting TH 119 (18.2%), HPP 44 (6.7%), sepsis 76 (11.6%) and without complications 31 (4.7%). In Ecuador a sample of 13,747 pregnant women, 4402 (32%) complied with CPN, however, the onset of TH 1375 (10%), HPP 104 (0.7%), sepsis 75 (0.5%) and no complications 2848 (20.7%); without NPC there were 9345 (68%) of which 4968 (36.1%) presented TH, 1982 (14.4%) HPP, 768 (5.5%) sepsis and 1627 (11.8%) without complications. The prenatal controls in the 3 countries are very similar, they are governed by WHO standards. **Conclusion:** It can be concluded by pointing out the importance of the prenatal controls for detection and prevention of obstetric complications, since the existence of poor prenatal care the possibility of complications is greater, according to the countries of study, Ecuador has the lowest NPC index with greater influence of TH and HPP followed by Colombia with TH, while in Peru greater cases of sepsis.

KEYWORDS: prenatal care (NPC), obstetric complications, hypertensive disorders (HT), postpartum haemorrhage (PPH), sepsis.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación abarca la temática del control prenatal y complicaciones obstétricas, puesto que son indicadores que influyen en la mortalidad materna a nivel mundial. Este problema es de gran relevancia para el sistema de salud por tal motivo se realiza énfasis en la importancia del control prenatal para detectar riesgos y/o problemas presentes en el embarazo, de tal manera que se pueda llevar a cabo una correcta actuación que permita evitar complicaciones obstétricas en el embarazo parto y puerperio. Es importante que las gestantes asistan al control prenatal recibiendo atención digna y con un equipo multidisciplinario que facilite la información adecuada para comprensión y cumplimiento de las actividades establecidas para el manejo adecuado del binomio madre-hijo.

La revisión bibliográfica de varios autores ha permitido identificar las principales complicaciones obstétricas en Colombia, Perú y Ecuador las cuales son los trastornos hipertensivos, hemorragias posparto y sepsis. De la misma manera dichas complicaciones son las causantes de mortalidad materna a nivel mundial, por ello es fundamental identificar los factores de riesgo que conllevan a dichas situaciones de gravedad y mediante la atención sanitaria prevenir morbimortalidad materna.

La Organización Mundial de la salud recomienda el número de controles prenatales que se deben llevar a cabo de acuerdo al estado de la gestante, además, dentro de los Objetivos del Desarrollo Sostenible se encuentra mejorar la salud materna y reducir la mortalidad infantil, de tal manera se demuestra el interés del sector salud para el cumplimiento de dichas metas.

CAPÍTULO 1

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

El control prenatal es fundamental para favorecer a la reducción de morbilidad materno-perinatal, permite detectar a tiempo enfermedades prevalentes en el embarazo para llevar un correcto tratamiento, de manera que se asegure la atención en un establecimiento de salud con equipamiento acorde a las necesidades de la gestante. Así mismo, las mujeres que no se realizan controles prenatales tienen más probabilidades de fallecer o padecer complicaciones en el parto que aquellas que cumplen con la atención prenatal en los periodos establecidos y en una institución de salud (Mejía et al., 2014).

De acuerdo a lo descrito por la (OPS, 2016) las Naciones Unidas establecieron mediante un informe que once países de Latinoamérica y el Caribe han alcanzado reducir significativamente las muertes asociadas a complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, no obstante, ningún país de la región se encuentra en circunstancias de cumplir con el Objetivo de Desarrollo Sostenible de reducir la mortalidad materna a 70 por cada 100.000 nacidos vivos. Los once países que más avanzaron son Perú (-64%), Honduras (-61%), Bolivia (-61%), República Dominicana (-57%), Barbados (-56%), Guatemala (-49%), Ecuador (-44%), Brasil (-43%), Haití (-43%), El Salvador (-39%), Nicaragua (-38%). Algunos de los países de la región representaban las tasas de mortalidad más altas en 1990. Sin embargo, a pesar del progreso, en 2013 aproximadamente 9.300 mujeres fallecieron en Latinoamérica y el Caribe debido a causas asociadas al embarazo (7.700 menos que las 17 000 del año 1990).

Según el (Ministerio de Salud Pública., 2013) el cumplimiento de los controles prenatales y la atención profesional en la etapa del embarazo y el parto son factores de importancia relacionados a la mortalidad materna, también existe una relación directa con los ingresos económicos, lo cual indica que los grupos más pobres son menos beneficiados; las complicaciones obstétricas son asociadas a la mortalidad materna, por ende, su adecuado manejo y detección en etapa temprana aportará a su disminución. En la actualidad las principales causas de mortalidad materna establecidas desde el año 2011 son los trastornos

hipertensivos y sepsis, dejando atrás la hemorragia postparto que en el año 2008 se instauró como primera causa de muerte, la misma que ha disminuido debido a la aplicación del Manejo Activo del Tercer Periodo del Trabajo de Parto (AMTSL). Entre los países de América, Ecuador se encuentra ocupando el cuarto lugar con mayor razón de mortalidad materna en el año 2009 según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; existe una problemática al considerar que el Ecuador posee una población en su mayoría joven (45%) menores de 18 años, de las cuales el porcentaje de nacimientos es de 19.9%, mientras que en el grupo de mujeres de 35 años y más se obtiene el 12,2% de nacimientos, por tal motivo la edad se considera un factor de riesgo para desencadenar complicaciones obstétricas e incidencia de morbimortalidad materna.

Según el Ministerio de Salud Pública de Perú, en las cifras de la Dirección Epidemiológica demuestra que las muertes maternas en el periodo de veinte años pasó de 769 defunciones en el año 1997 a 325 en el año 2016 lo cual indica una disminución del 42%, esto indica que en Perú se están realizando actividades para manejar de manera oportuna las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, además, de la atención profesional adecuada del personal de salud y su esfuerzo para evitar muertes maternas(Távora et al., 2016).

En el Perú las principales causas de muertes maternas son: hemorragia 47%, infección 15%, hipertensión inducida por el embarazo 12%, aborto 5%, tuberculosis 1%, parto obstruido 1%, otras 19%; asimismo, en Perú dos mujeres fallecen a diario por complicaciones en el embarazo, parto o puerperio, alrededor de 856 mujeres padecen complicaciones en el embarazo; en las últimas décadas la mortalidad materna se redujo de 400 a 103 casos por cada 100.000 nacidos vivos, debido a la mayor accesibilidad de las gestantes a los servicios sanitarios para control prenatal y el parto atendido por un profesional en la unidad de salud(Távora et al., 2016).

En un estudio realizado por (Royert & Peñate, 2016) indica que para el año 2011 con (68,82) Colombia era el cuarto país de Sudamérica que presentaba un alto índice de mortalidad materna seguido por Bolivia, Perú, y Paraguay; dentro de los factores de riesgo presente en las gestantes se encuentran los antecedentes familiares de Hipertensión Arterial 76%, inasistencia a controles prenatales 74%, nivel socioeconómico bajo 65%, hábitos cafeínicos 65%, preeclampsia grave 63%, hipertensión arterial 34%, hábitos tabáquicos 20% y

síndrome de Hellp 6%; de acuerdo a lo expresado anteriormente los trastornos hipertensivos marcan un alto porcentaje de riesgos en la gestante, de la misma manera la inasistencia al control prenatal ocasiona que dichos riesgos se conviertan en complicaciones obstétricas por no detectarse a tiempo en el transcurso del embarazo.

Según (Ruiz, 2016) indica que a nivel mundial el 75% de las mortalidades maternas se deben a complicaciones obstétricas tales como: hemorragias graves, hipertensión gestacional e infecciones, así también dichas condiciones obstétricas son frecuentes en Perú, sin embargo es la preeclampsia una de las complicaciones por las que se realiza mayor énfasis en la importancia de controles prenatales de los cuales se evidenció que quienes se realizaban de cero a cinco controles eran más propensas a padecer complicaciones por hipertensión gestacional que quienes se realizaban más de seis controles prenatales, motivo por el que se puede inferir alegando que la asistencia insuficiente a la atención sanitaria no logrará un control oportuno del embarazo.

Por lo mencionado en párrafos anteriores nace la pregunta:

¿Cuál es la importancia del control prenatal en las principales complicaciones obstétricas?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Determinar la importancia del control prenatal en las principales complicaciones obstétricas en los países de Colombia, Perú y Ecuador.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar las principales complicaciones obstétricas y su relación con el control prenatal que se presentan en los países de Colombia, Perú y Ecuador.
- Relacionar las actividades que se llevan a cabo en la atención prenatal para la prevención y control de las principales complicaciones obstétricas en los países de Colombia, Perú y Ecuador.

1.3 Justificación

Los controles prenatales son de vital importancia en todas las mujeres que se encuentran en el proceso de gestación, puesto que dichos controles ayudan a identificar factores de riesgo o posibles complicaciones tanto en la madre como en el producto, permitiendo al profesional de salud actuar y tratar a tiempo tales eventos; los controles prenatales permiten vigilar la salud general y estado nutricional de la gestante, según la Organización Mundial de la Salud se deben realizar mínimo cinco controles, dentro de los cuales el profesional de salud evaluará todas las situaciones de riesgo y antecedentes de la embarazada, realizará múltiples exámenes que permitan determinar su estado e intervenir de acuerdo a los resultados, además es muy importante la educación en este periodo, ya que se debe enseñar a reconocer las señales de riesgo y complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio con la finalidad de llevar un embarazo a término, con madre y niño saludable.

Es por ello que se considera a las gestantes como las principales beneficiarias de dicha investigación, puesto que se espera lograr que las mujeres en etapa de gestación aprendan a identificar las complicaciones obstétricas que se pueden prevenir y tratar si ellas llevan un control prenatal adecuado, en segunda instancia se considera también como beneficiarias a las estudiantes que realizan esta investigación, puesto que además de enriquecerse de conocimientos se moldean como profesionales con capacidad resolutive y educativa, donde en su vida profesional sean portavoces e inculquen la importancia del control prenatal en todas las gestantes que acudan en la unidad de salud que se encuentren.

Sin embargo, esta investigación se realiza con el objetivo de que las gestantes conozcan qué es lo que sucede en su organismo cuando no se realizan los controles prenatales pertinentes ocasionando que aparecen las denominadas complicaciones obstétricas, las cuales al no ser tratadas a tiempo pueden ocasionar daños en el binomio y por ende elevar el índice de morbimortalidad materno-infantil. Es por ello que se hace énfasis en la importancia del control prenatal para realizar promoción de salud y prevención de enfermedades durante el embarazo, de tal manera que permita intervenir precozmente ante cualquier complicación para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible de mejorar la salud materna y reducir la mortalidad infantil.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Según lo detalla (Gómez F., 2010) en Europa y en Estados Unidos no existía un control prenatal a mediados del siglo XIX y que los partos eran realizados por parteros o comadrones, personas sin estudio que realizaban empíricamente la obstetricia, debido a las complicaciones durante el parto nace la Ginecología, donde además se implementa la importancia de la higiene durante el embarazo debido a complicaciones como infecciones vaginales; pero es en 1911 se establece una Clínica de Control Prenatal en el Boston Lying in Hospital, dicha institución se encargaba de atender a gestantes tomando en cuenta aspectos como la historia clínica, toma de signos vitales, la realización de exámenes complementarios e inclusive el personal de enfermería realizaba visitas domiciliarias a las gestantes para llevar un mejor control prenatal.

Sin embargo (Gómez F., 2010) indica que los avances en cuanto a la salud materno infantil continúan siendo tema de relevancia en el medio, siendo así que ya para el 1921 la mayoría de los hospitales de Estados Unidos contaban con programas de control prenatal, incrementando la creación de centros de control prenatal tanto en Estados Unidos como en Inglaterra y posteriormente se incrementaría a los demás países en desarrollo. Actualmente se trabaja con diversos protocolos en las unidades de salud en los que se sigue involucrando tanto médicos como enfermeros para conseguir un mismo objetivo que es el control y detección temprana de factores de riesgo para disminuir complicaciones obstétricas, además de preparar a la madre a identificar dichos riesgos.

Según (Valdivia, 2015) en la encuesta Nacional de Salud y Nutrición: salud sexual y reproductiva indica que en el año 1994 en el Ecuador se realizaban al menos uno o más controles prenatales un 47.5% de gestantes siendo así que para el año 2012 alcanzó un 79.5% en todo el país las coberturas de controles prenatales, lo que indica que desde hace 18 años en el Ecuador se ha mejorado la atención a las embarazadas y los controles prenatales han mejorado considerablemente, beneficiando así a la madre, familia y comunidad.

El control prenatal es importante inclusive en embarazos que se consideran saludables, ya que dichos controles ayudan a identificar los riesgos de complicaciones obstétricas que posee la gestante, de manera que se logre promover conductas saludables en el embarazo mediante la educación, soporte emocional y preparación para el parto, es así como lo manifiesta (Bonilla & Castillo, 2018) quien señala además la importancia de la aplicación de controles preconceptionales los mismos que se plantean para conseguir un embarazo de evolución normal, que culmine en una madre y un recién nacido sano.

En el Ecuador, al año ocurren en promedio de 300.000 nacimientos, de lo cual alrededor del 15% de las mujeres gestantes padece alguna complicación obstétrica que pone en riesgo su vida durante el embarazo, parto o puerperio; en el año 2013 en el mundo fallecieron aproximadamente 289.000 mujeres en dichas etapas (Gurevich, Trusova, & Yashina, 2013).

En un estudio realizado en Colombia por (Carrillo Franco & García Balaguera, 2017) indica que las causas de mortalidad materna en primer lugar se encuentran los trastornos hipertensivos 55,24%, posteriormente las complicaciones hemorrágicas con 21,25%; los trastornos hipertensivos tales como la hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia y síndrome de hellp son complicaciones que se presentan en el embarazo, al no detectarse a tiempo y llevar un correcto control, ocasiona graves consecuencias en la gestante y pone en riesgo la vida del producto por ello es importante detectar estas situaciones en el transcurso del embarazo por medio de la asistencia prenatal.

En Perú se estima que por cada muerte materna ocurren al menos 10 muertes perinatales, las cuales según (Munares Garcia, 2013) dichas muertes estarían vinculadas con factores maternos y la falta o carencia de controles prenatales pertinentes, deficiente atención en el parto, motivo por el cual en dicho estudio aseguran que estas acciones ocasionan que nazcan bebés con bajo peso, prematuridad y en ocasiones con asfixia neonatal, es por ello que su investigación se basa directamente en las razones del abandono de control prenatal en el Instituto Nacional Perinatal Materno de Perú.

2.2 MARCO REFERENCIAL

Control Prenatal

El control prenatal es considerado como la combinación de diversas actividades y procedimientos que el personal de salud brinda a la gestante con el fin de identificar factores que ponen en riesgo el curso normal del embarazo además de patologías u otros antecedentes que afecten el bienestar materno-fetal. En el control prenatal se engloban ciertos componentes que son: promoción, prevención recuperación y rehabilitación de la salud de la madre y del recién nacido, respetando ideologías, cultura y género.

A partir del año 2015 hasta la actualidad, según (León, Wilfrido; Yépez, Eduardo; Gordón, 2015) indica que es recomendable que el primer control prenatal se lo realice precozmente dentro del primer trimestre del embarazo con la finalidad de detectar y descartar patologías existentes previamente o desarrolladas en la etapa de gestación. La OMS establece que se deben realizar mínimo cinco controles prenatales en el respectivo establecimiento de salud, ya que, en caso de detectarse riesgos, la gestante debe ser referida a una unidad hospitalaria de mayor nivel, además, el profesional de salud determinará de acuerdo al estado de la gestante si requiere más de cinco consultas prenatales.

Para (Susana Aguilera & Peter Soothill, 2014) los controles prenatales deben realizarse antes de las diez semanas de gestación especialmente en aquellas mujeres que han padecido alguna patología o han sufrido abortos anteriormente, sin embargo, destaca que se debe realizar control prenatal cada cuatro semanas durante las primeras 28 semanas de gestación, hasta la semana 36 se realizará cada dos o tres semanas y luego de las 36 semanas indica que se debe realizar controles semanalmente según sea el caso y de esta manera llevar a cabo una gestación positiva.

De acuerdo a la Guía Práctica Clínica del Control Prenatal del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, se detallan las actividades a realizarse de acuerdo a las semanas de gestación:

Primer Trimestre de embarazo (<12 semanas)

- Anamnesis (Fecha de Última Menstruación, Fecha Probable de Parto, violencia intrafamiliar, depresión).
- Examen físico completo, incluyendo índice de masa corporal (IMC) y tensión arterial (TA).

- B-HCG en sangre (Beta-Gonadotropina Coriónica Humana)
- Grupo sanguíneo y factor Rh
- Ecografía
- Hemoglobina y Hematocrito
- Glicemia en ayunas
- VIH, Hepatitis B, VDRL
- Urocultivo
- Citología Vaginal
- Examen odontológico
- Seguimiento de factores de riesgo modificables
- Informar acerca de signos de alarma.

Segundo Trimestre (12-24 semanas)

- Examen físico completo
- Ecografía
- Frecuencia cardiaca fetal
- Seguimiento de factores de riesgo modificables
- Toma de tensión arterial y valoración con proteinuria en 24 horas para detectar preeclampsia.
- Brindar información respecto a la existencia de las sesiones de educación prenatal.
- Informar acerca de signos de alarma.

A partir de las 34 semanas

- En embarazos con evolución normal, indicar fecha probable de parto.
- Brindar asesoría de planificación familiar
- Informar respecto a signos de alarma
- En gestantes con tratamiento de anemia, seguir las indicaciones según la Guía Práctica Clínica de Anemia en el embarazo.
- Referencia de acuerdo al caso para decisión del lugar y momento de terminación del embarazo de riesgo.

36- 38 semanas:

- Realizar las Maniobras de Leopold, para determinar la presentación, posición y situación fetal, en caso de duda se procede a realizar ecografía.
- Las gestantes con producto en presentación no cefálica precisan ser informadas respecto a las alternativas para conseguir dicha presentación y referir al especialista.
- En gestantes con antecedente de placenta previa, realizar una nueva ecografía para verificar la ubicación de la placenta.
- Asesoría en planificación familiar.
- Asesorar respecto a signos de alarma.
- Brindar información verbal y escrita apoyada en asesoramiento prenatal, además de discutir dudas y problemas que sostenga la gestante.
- Dar información de forma verbal apoyada en asesoramiento prenatal, facilitar información escrita y discutir dudas y problemas.

40 o más semanas

- Informar respecto a síntomas de alarma
- Brindar medidas preventivas de embarazo pos-término.
- Referir al especialista gineco- obstetra para manejo individualizado.

Además, es importante como parte del control prenatal, brindar información y educar a las gestantes respecto a:

- La higiene personal.
- Cambios fisiológicos en el transcurso del embarazo.
- Educación nutricional, educación prenatal y planificación familiar.
- Signos de alarma (entre ellos también signos de alarma para preeclampsia, infecciones, parto pretérmino)
Cambios en el estilo de vida como: realizar actividad física acorde a su estado, suspender el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y drogas ilícitas.

Por medio del control prenatal se pueden detectar diversas complicaciones tanto en la madre como en el feto, dentro de las actividades que se llevan a cabo en la atención prenatal está el tamizaje ecógrafa que permite detectar anomalías fetales distribuyéndolas de la siguiente

forma: Sistema nervioso central 76%, vías urinarias 67%, pulmonares 50%, gastrointestinales 42%, óseas 24%, cardíacas 17%(León, Wilfrido; Yépez, Eduardo; Gordón, 2015).

Complicaciones obstétricas

Entre las complicaciones obstétricas que ocasionan muerte materna se encuentran las hemorragias, complicaciones de aborto, trastornos hipertensivos, sepsis, parto prolongado u obstruido, embarazo ectópico y ruptura uterina, algunas de estas situaciones no son prevenibles y se desarrollan en forma aguda inclusive en pacientes sin factores de riesgo; los cuidados prenatales de calidad, eficientes y continuos son relevantes y de alto impacto para enfrentar la mortalidad materna(Organización Panamericana de la Salud., 2012).

De acuerdo a diferentes estudios analizados se puede determinar que las principales complicaciones obstétricas que ocasionan mortalidad materna son los trastornos hipertensivos, hemorragias y sepsis como se las detalla a continuación.

Trastornos hipertensivos

Existen diversos trastornos hipertensivos durante el embarazo parto y posparto, indistintamente del momento de aparición de cualquiera de dichos trastornos, y que se caracterizan por los valores de presión arterial elevados anormalmente; la preeclampsia y eclampsia representan las principales causas de mortalidad materna a partir del año 2006 al año 2014, y constituyen el 27.53% del índice total de muertes maternas.

De acuerdo a lo establecido en la Guía de Práctica Clínica Trastornos hipertensivos en el embarazo (MSP, 2016)La hipertensión se clasifica básicamente en cuatro categorías:

Preeclampsia- eclampsia

Preeclampsia sin signos de gravedad se refiere a la presión arterial sistólica mayor o igual a 140 y menor a 160 milímetros de mercurio (mmHg) y/o presión arterial diastólica mayor o igual a 90 y menor a 110 milímetros de mercurio (mmHg) con presencia de proteinuria y sin afectación de órgano blanco.

Preeclampsia con signos de gravedad se caracteriza por presión arterial sistólica mayor o igual a 160 milímetros de mercurio (mmHg) y/o tensión arterial diastólica mayor o igual a

110 milímetros de mercurio (mmHg) y uno o más criterios de gravedad y/o afectación de órgano blanco.

La Eclampsia es caracterizada por la aparición de convulsiones generalizadas o también denominadas tónico- clónicas y/o estado de coma en mujeres con diagnóstico de preeclampsia en el embarazo, parto o puerperio a la cual no se le atribuyen condiciones neurológicas u otras patologías.

Hipertensión crónica: se presenta antes del embarazo con valores de presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg, antes de las 20 semanas de gestación, o persistente después de las doce semanas posparto y sin proteinuria.

Hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida: tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o tensión arterial diastólica ≥ 90 mmHg, antes de las 20 semanas de gestación, persistente después de las 12 semanas posparto, y se asocia a la preeclampsia.

Hipertensión gestacional: tensión arterial ≥ 140 mmHg y tensión arterial diastólica ≥ 90 mmHg, se presenta a partir de las 20 semanas de gestación, sin proteinuria.

Hemorragia posparto

La hemorragia posparto es definida como la pérdida de sangre mayor a 500 ml en parto vaginal y mayor a 1000ml en parto por cesárea. Debe considerarse Hemorragia posparto (HPP) a toda pérdida de sangre que tenga posibilidad de producir inestabilidad hemodinámica.

La principal causa de hemorragia posparto es la atonía uterina, ya que la contracción miometrial es el mecanismo primario de hemostasia inmediata posterior al parto, lo cual origina la oclusión de los vasos sanguíneos que pasan entre las células musculares del útero; para ello es relevante tener presente la nemotécnica de las 4 T que describen las causas de hemorragia posparto: Tono (atonía uterina) 70%, Trauma (lesión cervical o vaginal, ruptura uterina) 20%, Tejido (retención de la placenta o coágulos) 10%, Trombina (coagulopatía preexistente o adquirida) < 1 .

Prevención de hemorragia posparto

El mejor método para la prevención de hemorragia posparto es la utilización del MATEP (Manejo Activo de la Tercera Etapa de Labor de Parto) las acciones a realizar son las siguientes:

1. Administrar oxitocina u otro uterotónico dentro del minuto posterior al nacimiento del RN.
2. Tracción controlada del cordón, posterior de pinzar y cortar el cordón umbilical cuando ha dejado de latir o a los 2 o 3 minutos del parto.
3. Realizar masaje uterino por medio del abdomen posterior a la expulsión de la placenta, con finalidad de que el útero se contraiga, de tal modo que disminuya el sangrado.

De acuerdo a la guía práctica clínica de prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto(MSP, n.d.) indica lo siguiente:

Tratamiento de la hemorragia posparto

Se deben llevar a cabo simultáneamente 4 componentes:

Comunicar al personal pertinente; reanimación, reposición de líquidos y oxigenación, monitorizar e investigar la causa, detener el sangrado.

Reanimación: solicitar ayuda, colocar vía intravenosa de grueso calibre, monitorizar constantes vitales y otros síntomas.

Evaluar la causa: evaluar el útero (laceraciones o existencia de restos, tono), observar la formación de coágulos, observar el tracto vaginal.

Datos de laboratorio: solicitar estudios de coagulación, practicar prueba de coagulación junto a la cama, evaluar la indicación de transfusión de sangre compatible

Sepsis obstétrica y shock séptico

La sepsis es considerada como una disfunción orgánica como resultado de una infección grave durante el embarazo, parto, posparto o posterior a un aborto; mientras que shock séptico es la presencia de hipotensión como producto de una sepsis a pesar de una apropiada reanimación hídrica con una alteración en la perfusión como: oliguria, acidosis láctica, y alteraciones en el estado mental(Nares-torices et al., 2013).

Los signos que generalmente se presentan en la sepsis obstétrica son:

- Temperatura $< 36^{\circ}\text{C}$ o $> 38^{\circ}\text{C}$.
- Frecuencia respiratoria > 20 por minuto o $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg.
- Frecuencia cardiaca > 90 lpm.
- Leucocitos $> 12000/\text{mm}^3$ o $< 4000/\text{mm}^3$.
- Falla de órganos (sintomatología acorde al órgano afectado).
- Hipotensión arterial $\text{TAS} < 90$ mmHg o una caída de 40 mmHg del nivel previo.
- Cianosis
- Hipoperfusión periférica
- Oliguria
- Alteración del estado de conciencia (agitación, obnubilación) debe hacer sospechar de la existencia de un shock séptico de elevada mortalidad.

Tratamiento

De acuerdo a la (Organización Panamericana de la Salud., 2012) Es indispensable que la paciente ingrese a una unidad de cuidados intensivos sin retraso en la toma de decisiones en estos casos está indicada la histerectomía para revertir el shock séptico. Dentro de las actividades que se debe llevar a cabo son:

- Oxigenoterapia con catéter nasal o mascarilla. En caso de requerirse asistencia ventilatoria, monitorizar SpO_2 con pulsioxímetro y mantenerla en valores por encima de 92% a 94%.
- Realizar dos vías venosas periféricas con catéter de grueso calibre (#18 o #16).
- Realizar reposición con cristaloides con la finalidad de mantener una buena volemia es posible utilizar: Lactato de Ringer o Cloruro de Sodio al 0,9% a razón de 1 litro/4horas.
- Mantener $\text{TAS} > 90$ mmHg y una perfusión periférica normal.
- Mantener diuresis en más de 30 ml/h
- Medir la presión venosa central (PVC). Se puede utilizar diuréticos en caso de edema pulmonar.
- Se debe corregir las alteraciones del medio interno como: hiperglucemia, acidosis, entre otras.
- Iniciar con antibioticoterapia intensa y de alto espectro.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

Este trabajo de investigación se llevó a cabo gracias a la implementación de diversas metodologías detalladas a continuación en este estudio: se establece que dicho documento tiene tipología cuantitativa puesto que se detallan datos estadísticos relevantes sobre índices de mortalidad materna y complicaciones obstétricas producidas en Colombia, Perú y Ecuador; es teórica porque dicha investigación nace de una base sólida y no empíricamente; documental ya que toda la investigación a realizarse es plasmada en este documento con el fin de obtener información clara y precisa; se considera descriptiva puesto que se van a detallar los diversos temas y subtemas manifestando opiniones basadas en fuentes bibliográficas significativas para el conocimiento del lector y transversal porque permite analizar información de las variables planteadas en el estudio.

Las fuentes bibliográficas donde se recolectó la información se obtuvieron de los siguientes buscadores: Redalyc, Scielo, Google académico, además de documentos publicados por la Organización Mundial de la Salud, información de las Guías Prácticas Clínicas del Ministerio de Salud Pública, las mismas que contienen información relevante sobre el tema a tratar.

Se busca la información de las siguientes maneras: complicación prenatal + complicaciones obstétricas, control prenatal, complicaciones obstétricas, mortalidad materna en Colombia, mortalidad materna en Perú, morbimortalidad materno- perinatal, mortalidad materna en Ecuador, con el fin de reconocer las complicaciones relacionadas directamente que se pueden prevenir por medio del control prenatal.

CAPÍTULO 4

DESARROLLO DEL TEMA

Según (Estrany, Fuster, Garcia, & Luo, 2009) en su Revista Colombia Medica en la evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal indica que: “Busca identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el transcurso normal del embarazo y la salud del recién nacido con el propósito de adelantar acciones preventivas y terapéuticas que beneficien la salud materna y perinatal.” (pág.21). Es por ello que se considera el control prenatal de vital importancia, puesto que es aquí donde se puede realizar prevención y control de enfermedades que pueden originarse o desencadenarse en la fase de gestación, parto o puerperio de manera que sean tratadas a tiempo, evitando así complicaciones durante el embarazo al binomio madre-hijo, de igual manera en el control prenatal se brinda atención que permite reconocer los factores de riesgo de las gestantes en el medio que se desenvuelven y se brinda información pertinente acerca de qué realizar en cada situación.

Existen diversas complicaciones por falta de control prenatal, las mismas que por su condición ocasionan la realización de cesáreas de emergencia dichos procedimientos quirúrgicos requieren siempre un motivo entre las que se destacan: la posición fetal anormal, enfermedades congénitas del feto, preeclampsia, pelvis estrecha, agotamiento materno, malformaciones uterinas, placenta previa e infecciones vaginales, entre otras; las cuales se consideran que ciertas de las complicaciones anteriormente mencionadas pudieron haber sido tratadas desde el comienzo de la gestación , con los respectivos controles, exámenes y ecografías , sin necesidad de llegar a un procedimiento invasivo con tan largo proceso de recuperación sin mencionar además el riesgo de muerte que corre el binomio madre-hijo así lo indica (Raziatul Hanum A. Rajak, 2014) en su investigación denominada “Complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el primer semestre del año 2014” realizada en la ciudad de Perú.

Según lo expresado por (Rojas-Suárez et al., 2014) en la revista colombiana de obstetricia y ginecología en su estudio de “consenso colombiano para la definición de los criterios de ingreso a unidades de cuidados intensivos en la paciente embarazada críticamente enferma”

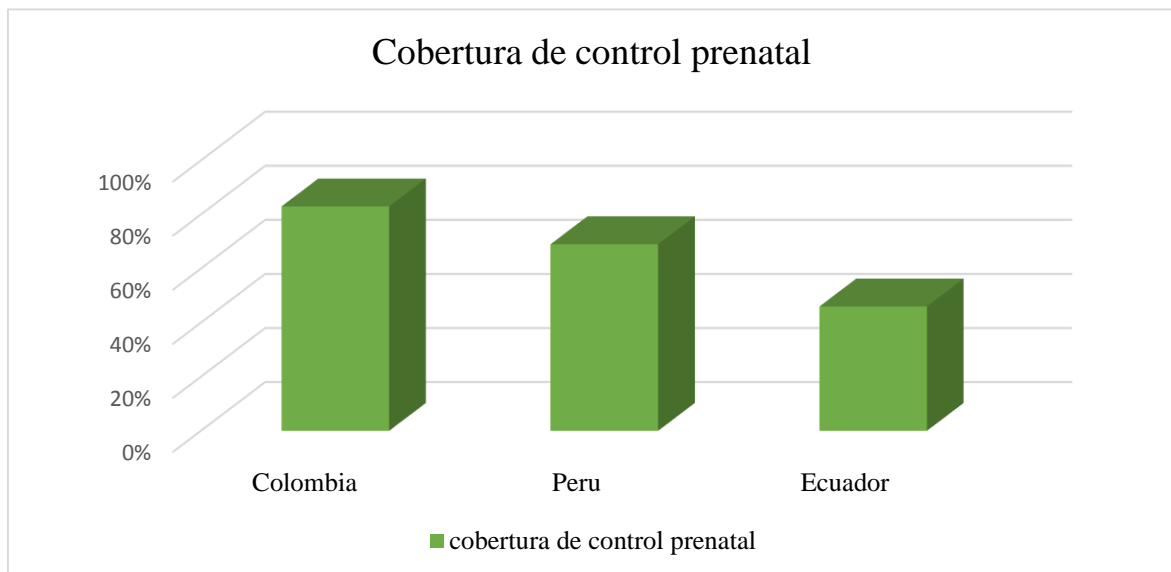
afirma que las mujeres en estado de gestación merecen atención prenatal de calidad y eficiencia en todas las casas de salud, donde se debe manejar acorde a los diferentes niveles de complejidad dependiendo la patología que una gestante podría desarrollar, además de esto recalca la creciente de gestantes menores de edad y realiza mayor énfasis en que son más propensas a adquirir complicaciones durante el labor de parto debido a su edad y a su vez a la falta de controles prenatales producto del desconocimiento de la importancia de dicha atención durante la gestación.

En un estudio realizado en Ecuador por (Rojas, 2016) en la Revista Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia indica que las infecciones de vías urinarias es una de las patologías que se asocia más durante en el embarazo ocupando un 34.22% seguida de la vaginitis con un 32.4%, dicho estudio fue realizado a gestantes adolescentes las cuales manifestaron realizar controles prenatales irregulares además aseguraban creer que dichas molestias eran propias del embarazo y no a causa de factores externos del hogar, sin embargo cabe destacar que dichas patologías conllevan a complicaciones durante el labor de parto e inclusive causan discomfort e inseguridad en la gestante.

Dentro de las complicaciones obstétricas y perinatales, se encuentran los RN con bajo peso al nacer un estudio realizado por (Ulloa, Castillo, & Moreno, 2016) indica que en Cuba son muchos los factores que se presentan para que un bebe nazca con bajo peso , pero en especial los factores maternos y del embarazo son los que más influyen en dicha situación como: periodo intergenésico menor de 24 meses, bajo peso materno preconcepcional, infecciones vaginales, anemia e hipertensión , los cuales son considerado factores que se producen por falta de conocimiento por parte de la madre sobre el ciclo gestacional y los cambios que en él se producen; sin embargo dentro de su estudio en Colombia se reportó que los factores de riesgo para que un bebe nazca bajo peso es el control prenatal inadecuado y el hábito de fumar son las variables más significativas.

Dentro de la mortalidad materna se estima que 58.500 mujeres en el mundo pierden la vida a causa de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio; se estima que 35.000 de estas muertes ocurren en Latinoamérica y que 5.000 de estas corresponde a Perú, Bolivia, Ecuador, Colombia y Venezuela según un estudio realizado por (Meneses, Gonzalo, & Fern, 2010) en la revista Peruana de Ginecología y Obstetricia denominada "Mortalidad materna

en Perú, responsabilidad de todos” indican la cobertura de control prenatal en los países andinos de los que se toma parte de Colombia, Perú y Ecuador



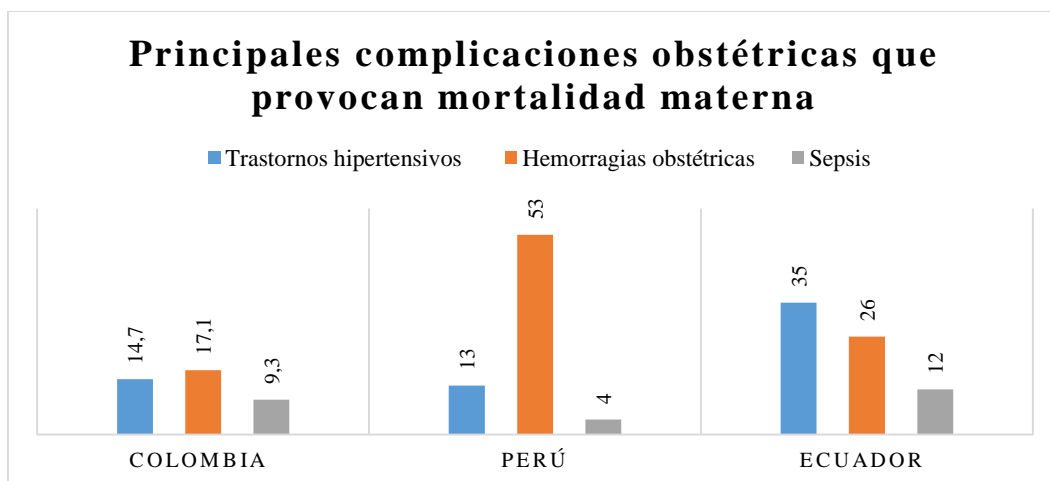
Tomado de: revista Peruana de Ginecología y Obstetricia

En dicha figura se puede apreciar la cobertura del control prenatal en los tres países de estudio ubicando a Colombia con 83% a Perú con 69% y Ecuador con 46% datos que reflejan que dentro de estos países es Colombia quien realiza mayor control en cuanto a la cobertura de los controles prenatales, mientras que en el Ecuador la cobertura es baja, motivo por el que se alega que los casos de muerte materna se ven con mayor frecuencia en dicho país debido a su carencia en la cobertura de controles prenatales.

En el Perú en una investigación realizada por (Delgado, Vanessa, Vera, & Joaleef, 2015). titulada complicaciones obstétricas y morbilidad obstétrica en gestantes en el servicio gineco-obstetricia de un hospital en la ciudad de Lambayeque, en la revista Salud & Vida, con el objetivo de conocer si existe asociación entre las complicaciones obstétricas durante la estancia hospitalaria y la morbilidad obstétrica, se utilizó una metodología de tipo cuantitativa descriptiva, analítica-transversal, observacional, retrospectiva cuyo resultado indica que la prevalencia de complicaciones obstétricas en el periodo de marzo 2011- febrero 2012 son complicación hemorrágica 53%, complicaciones del trabajo de parto 30%, complicación hipertensiva 13%, complicación séptica 4%, en conclusión de acuerdo a los datos obtenidos en dicho estudio se evidencia que la principal complicación obstétrica son las hemorragias, seguida de complicaciones en el trabajo de parto, trastornos hipertensivos y sepsis lo cual conlleva a mortalidad materna.

En Ecuador de acuerdo a datos obtenidos por (Ministerio de Salud Pública., 2018) refiere a que las principales causas de mortalidad materna son: trastornos hipertensivos 35%, hemorragias 26%, sepsis 12%, otras causas 27%, información obtenida del año 2018 hasta la (semana epidemiológica) SE52, es decir estas complicaciones presentes en cualquier etapa del embarazo significan riesgo potencial para desencadenar una muerte materna.

En Colombia en el informe quincenal epidemiológico nacional, elaborado por (Saraza, 2018) titulado factores identificados en las unidades de análisis de los casos de Mortalidad Materna en Colombia 2017, con el objetivo de analizar los hallazgos de las unidades de análisis de las mortalidades maternas desarrolladas durante el 2017 e identificar los factores, determinantes sociales y los servicios de salud relacionados con la ocurrencia de las muertes, se utilizó la metodología descriptiva retrospectiva, cuyo resultado indica que las principales causas de mortalidad materna temprana son: hemorragia obstétrica 17,1%, hipertensión asociada al embarazo 14,7%, sepsis obstétrica 9,3%, otras causas directas 6,9%, lo cual evidencia que las complicaciones obstétricas directas provocan mortalidad materna, además se puede inferir que el sistema de salud a través de datos epidemiológicos debe intervenir y brindar la atención sanitaria que permita mantener un control de la gestante para prevenir complicaciones en el embarazo y mortalidad materna.



Fuente: elaborado por Andrade Valeria, Cedeño Nathaly

De acuerdo al siguiente gráfico se puede evidenciar mediante fuentes bibliográficas que las principales complicaciones obstétricas que conllevan a mortalidad materna son: trastornos hipertensivos, hemorragias y sepsis, en los países de Colombia, Perú y Ecuador. El Perú posee mayor índice de complicaciones hemorrágicas (53%), seguido por Colombia (17,1%), mientras que el país con mayor número de casos de trastornos hipertensivos es Ecuador (35%); cabe destacar que cada uno de estos países tiene sus medidas sanitarias para corregir dichas complicaciones y así evitar el incremento de mortalidad materna, sino por el contrario lograr alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible, mejorar la salud materna y reducir la mortalidad infantil.

Tabla 1: Comparación de los controles prenatales que se realizan en cada país: Colombia, Perú y Ecuador

Tipo	Control en Colombia MINSALUD (Edgar Cancino et al., 2015)	Control en Perú MSP (Munares Garcia, 2013)	Control en Ecuador MSP (León, Wilfrido; Yépez, Eduardo; Gordón, 2015)	OMS/ OPS (Organización Panamericana de la Salud, 2018)
Historia medica completa	Primera consulta	Primera consulta	Primera consulta	primer contacto
Seguimiento y periodicidad de controles	Mensual hasta 22SG (5controles), c/15d hasta 36SG (8 controles), quincenal o semanal hasta el parto. (MINIMO 5 controles) (OPTIMO 8 controles)	Antes de las 12SG Cerca de 26 SG Alrededor de 32 SG Entre 36-38 SG A partir de las 40 SG (MINIMO 5 controles) (OPTIMO 8 controles)	Menor a 12SG 12-14 SG A partir de las 34 SG 36- 38 SG 40 SG hasta el parto (MINIMO 5 controles) (OPTIMO 8 controles)	primer control 12 SG luego en semana 20,26,30,34,36,38 y 40SG (MINIMO 8 controles)
Remisión a consulta odontológica	Primer trimestre	Primer trimestre	Primer trimestre	Primer trimestre
Glicemia	Únicamente antes de 20sg Test de o'sullivan-tamizaje de glucosa (SG 24 a 28)	Primera consulta	Primera consulta	Primera consulta y entre las 24 y 28 semanas de gestación para descartar diabetes mellitus gestacional
Carnet de control prenatal	Primera consulta	Primera consulta	Primera consulta	Desde la primera consulta
Tipología sanguínea y Coombs indirecto	Primer control	Primera consulta	Primer control	Primer control
Hepatitis	Primer control	Primer control	Primer control	Primer control
Medir y registrar signos vitales	Cada consulta	Cada consulta	Cada consulta	Cada consulta
Educación individual a madre, compañero y/o familia	Cada consulta	Cada consulta	Cada consulta	Cada consulta
Calcular FPP por FUM	Primer trimestre	Primer trimestre	Todos los controles	Todos los controles

Biometría hemática completa	Cada trimestre	Cada trimestre	Cada trimestre	Cada trimestre según complejidad del embarazo
VIH	Primer control y tercer trimestre	Primer control y tercer trimestre	Primer control y a las 24 a 34 semanas	Primer control y tercer trimestre
VDRL	Primera consulta y al 3er trimestre	Primera consulta	Primera consulta	Primera consulta
Urocultivo	En casos de presentar bacteriuria persistente	Primer trimestre	Etapa temprana y de ser necesario cada trimestre	Etapa temprana
Citología vaginal	Si última cubre el embarazo (solo en casos de riesgo)	Igual que mujer no embarazada	Igual que mujer no embarazada	Igual que mujer no embarazada
Enfermedad de Chagas y toxoplasmosis	Toxoplasmosis, primera consulta a todas las gestantes	—	En embarazadas de riesgo a exposición	Embarazadas de riesgo a exposición
Ecografías	Entre 8-10 SG y repetir 20-24SG	Primer trimestre y segundo trimestre	Entre la 11 y 14 SG y 18-24 SG	Antes de la semana 24 de gestación
Vacunas	Segundo trimestre	Primer trimestre	Antes de las 20 SG y la 2da dosis entre 27 y 29SG	Desde el primer trimestre según sea el caso
Orina	Cada trimestre de ser necesario	Primer trimestre	Primer trimestre	Primer trimestre, y en caso de ser necesario

Fuente: elaborado por Andrade Valeria, Cedeño Nathaly

Análisis: Como se puede observar los controles prenatales en los países de Colombia, Perú y Ecuador son muy parecidos y en su mayoría cumplen con los aspectos estipulados por la OMS/OPS, el principal aspecto que los países tiene en común es que realizan mínimo 5 controles prenatales y optimo 8 controles sin embargo la OPS afirma que mínimo se deben realizar 8 controles con el fin de evitar complicaciones en el embarazo, no estipulan la cantidad optima de controles pero se realiza énfasis que los controles se realizaran como lo amerite la gravedad o situación de la gestante, en cuanto a la enfermedad de Chagas en Colombia y Perú no se encontraron datos que afirmen o identifiquen que se realiza un control del mismo, lo que no sucede con Ecuador, donde se expresa que se realiza exámenes de detección en aquellas mujeres que se encuentren expuestas al riesgo, otro de los exámenes que no se reportó evidencia es el de toxoplasmosis en Perú, mientras que los demás datos obtenidos poseen mucha similitud en cuanto a las actividades que se realizan en cada control prenatal y en su debido tiempo.

Tabla 2: Referencias usadas en el documento basadas en control prenatal y complicaciones obstétricas en Colombia, Perú y Ecuador

referencia (autor)	tema	Revista	Objetivo	metodología	conclusión
(Carrillo Franco & García Balaguera, 2017)	Comportamiento de la morbilidad materna extrema en el departamento del Meta, Colombia, 2014	Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 21, No.1, enero - junio 2016, págs. 15 - 25	Describir el comportamiento de la morbilidad materna extrema durante el año 2014, en el departamento del Meta, Colombia.	Estudio descriptivo retrospectivo, con abordaje cuantitativo con los reportes de morbilidad extrema del departamento durante el año 2014.	La morbilidad materna extrema en el Meta es una causa importante de morbilidad en las mujeres en edad fértil. Se requiere seguir fortaleciendo su identificación para realizar manejos oportunos, así como fortalecer las estrategias y programas en salud pública existentes para que haya mayor adherencia al control prenatal. Los trastornos hipertensivos y los hemorrágicos fueron las primeras complicaciones que se presentaron en el departamento, similares al país y al mundo.G

(Delgado, Vanessa, Vera, & Joaleef, 2015).	Complicaciones obstetricas y morbilidad obstetrica en gestantes en el servicio Gineco obstetricia de un Hospital en la ciudad de Lambayeque	Salud & Vida Sipanense	Conocer si existe asociación entre las complicaciones obstétricas durante la estancia hospitalaria y la morbilidad obstétrica	Estudio de tipo cuantitativo descriptivo, analítico-transversal, observacional, retrospectivo, realizado en el servicio de Gineco-obstetricia de Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque.	Se obtuvo que 34,3% de las pacientes presento algún tipo de complicación durante su hospitalización, de las cuales 53,3 % fueron complicaciones hemorrágicas, 30 % distocias del trabajo de parto. La prevalencia de la morbilidad obstétrica fue de 88,5%
(Mejía et al., 2014).	Factores de servicios de salud y satisfaccion de usuarias asociados al acceso al control prenatal	Hacia la Promoción de la Salud	Describir los factores de los servicios de salud y satisfacción de usuarias que se asocian con el acceso al control prenatal (CP) en instituciones de salud de Manizales y Cali. Materiales	Estudio de casos y de controles con una muestra de gestantes que asistieron al CP en 7 instituciones a 823 gestantes.	Aspectos como la disminución del gasto de bolsillo, las incomodidades derivadas de la atención y de las instalaciones, además del buen trato, respeto, empatía con las gestantes deben ser parte de los planes de mejoramiento de la calidad de la atención del CP.
(Munares Garcia, 2013)	Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú.	Revista Peruana de Epidemiologia	Analizar factores asociados al abandono al control prenatal. Métodos:	Estudio de casos y controles en 328 gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal	El residir en barrio marginal, aumenta el riesgo de abandono, el considerar el control prenatal importante, tener permisos en el trabajo, no tener dificultades por quehaceres domésticos, recibir los servicios completos, coordinar entre los servicios, programar citas y tener calidad adecuada del control prenatal reducen la probabilidad de abandono.

(Raziatul Hanum A. Rajak, 2014)	Complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el primer semestre del año 2014	Tesis	Determinar las principales complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal y cesárea atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el primer semestre del año 2014	Estudio de tipo observacional, descriptivo comparativo, retrospectivo de corte transversal.	Las principales complicaciones maternas durante el parto y puerperio que presentaron las pacientes con cesárea previa atendidas en el INMP durante el primer semestre 2014 fueron en el grupo de parto vaginal la anemia y el trauma perineal, y en el grupo de parto por cesárea fueron la anemia y la fiebre puerperal.
(Rojas, 2016)	Perfil de morbilidad en las adolescentes gestantes que acuden para control prenatal a centro de Salud Urbano en Quito del MSP EN 2014	Revista Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia	Conocer la incidencia de morbilidad en la adolescente embarazada que acude al centro de salud de Chimbacalle en la ciudad de Quito de enero a diciembre del 2014.	Estudio descriptivo observacional prospectivo de corte transversal para lo cual se analizan las Historias clínicas de 301 pacientes embarazadas adolescentes	Las complicaciones del embarazo en adolescencia como grupo específico al parecer tiene que ver con situaciones de tipo psi- co-social, antes que con patología médica asociada al embarazo.

(Royert & Peñate, 2016)	Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia), 2015	Revista Salud Uninorte. Barranquilla	Caracterizar las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) que acuden a una IPS pública en el departamento de Sucre, Colombia (periodo enero, febrero y marzo de 2015).	Estudio cuantitativo, descriptivo. La muestra la conformaron 123 gestantes.	Entre las patologías preexistentes más frecuentes se encontró anemias y migrañas, así como las del sistema endocrino y respiratorio.
(Ruiz, 2016)	Factores de riesgo para preeclampsia en un hospital de la amazonia peruana	CASUS Torres S. Factores de riesgo para preeclampsia	Determinar la asociación entre los factores riesgo y la presencia de preeclampsia.	Estudio retrospectivo de casos y controles mediante la recopilación de historias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de Iquitos-Perú	Los factores riesgo para preeclampsia en la región selva son: tener de 35 años a más, residir en zona rural, poseer un grado de instrucción primaria o sin estudios, ser nulípara y haber realizado solamente de cero a cinco controles prenatales.
(Saraza, 2018)	Factores identificados en las unidades de análisis de los casos de Mortalidad Materna en Colombia, 2017	IQUEN Informe Quincenal Epidemiológico Nacional	Análisis de las mortalidades maternas desarrolladas durante el 2017 e identificar los factores, determinantes sociales y los servicios de salud relacionados con la ocurrencia de las muertes.	Estudio descriptivo retrospectivo de los hallazgos generados en las unidades de análisis de las mortalidades maternas	Presentó deficiencia en la inducción a la demanda de servicios preventivos en 156 casos (74,3 %), y de la calidad de la atención durante el control prenatal en 82 casos (39 %).

(Fernando & Montesdeoca, 2014)	Prevalencia y factores de riesgo asociados a la Enfermedad Hipertensiva en embarazadas en el Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague en el departamento de Gineco-Obstetricia	Tesis	Determinar la prevalencia de Enfermedad hipertensiva en embarazadas en el Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague en el departamento de Gineco-Obstetricia en el año 2011 – 2013. Santa Rosa - 2014.	Estudio descriptivo retrospectivo	La prevalencia de enfermedad hipertensiva en pacientes embarazadas en el Hospital Obstétrico Ángela Ollague de Loayza se ubicó en 3,66%
(Aguilera, 2011)	Control prenatal insuficiente y funcionalidad familiar en mujeres embarazadas que acuden al subcentro de salud de la parroquia cumbe, en el año 2011	Tesis	Conocer la relación entre el control natal no eficaz y la funcionalidad familiar y factores bio-sico-sociales en las mujeres en período de gestación que acuden al Subcentro de Salud de la parroquia Cumbe en el 2011	Transversal, cuantitativo	La inestabilidad en el entorno familiar puede influir muy seriamente en el control de la salud de una gestante.
(Valdivia, 2015)	Salud Materna	ENSANUT	Contribuir en la definición de las políticas públicas enfocadas en la prevención de enfermedades en las mujeres y sus hijos, y la disminución de la mortalidad materna	De campo	se destaca la práctica de cinco o más controles prenatales, cuya proporción ha aumentado en 22 puntos porcentuales, de 57.4 %, en 2004, a 79.5 %, en 2012

(Villavicencio, 2017)	Barreras de acceso y calidad en el control prenatal	Rev. Facultad Médica	Describir las barreras de acceso al CPN y la calidad de atención a gestantes en Meta	estudio observacional descriptivo de corte transversal	Es necesario mejorar la calidad e integridad del CPN por los prestadores de salud como estrategia complementaria para asegurar su efecto en la reducción de la morbilidad materno y perinatal.
(Matute, 2012)	Prevalencia de hemorragia postparto en puérperas adolescentes y factores asociados, en el hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador 2012	Tesis	Conocer la prevalencia de Hemorragia Postparto y los factores asociados en puérperas adolescentes que acuden al Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca Ecuador 2012	observacional transversal	La hemorragia postparto en la población adolescente presenta una elevada prevalencia y se asocia con la presencia de anemia materna, procedencia urbana, multíparas.

(León María, Viviana, Morillo, Aquiles, & Acosta, 2013)	Infeción puerperal poscesárea vs posparto. Estudio realizado en el hospital gineco-obstétrico “Enrique C. Sotomayor”, período junio a octubre de 2010	Rev. Med. Facultad Ciencia Médicas- Universidad Católica Santiago de Guayaquil	Determinar qué grupo de estudio desarrolló con mayor frecuencia infección puerperal. Establecer los factores de riesgo y el tipo de infección puerperal más frecuente. Señalar el total de partos por cesárea y partos vaginales, durante el período junio – octubre 2010. Comparar el total de partos por cesárea con el número de puérperas infectadas en el período de estudio	Descriptivo, transversal	la cesárea aumenta el riesgo de padecer una infección puerperal en relación al parto vaginal. Los factores de riesgo más frecuentes fueron: vulvovaginitis, fiebre materna y ruptura prematura de membranas. La infección puerperal más común fue la infección de herida quirúrgica. Las tasas de infección puerperal han disminuido significativamente en el hospital gineco-obstétrico “Enrique C. Sotomayor”.
---------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: elaborado por Andrade Valeria, Cedeño Nathaly

Análisis : En la tabla comparativa anteriormente expuesta se detalla información relevante sobre cada una de las referencias usadas en el documento; estudios realizados en diversas unidades de salud a nivel de Colombia , Perú y Ecuador con objetivos similares basados en la consolidación de información precisa, para ello cuentan con el objetivo planteado, metodología usada y la conclusión una vez realizado su estudio ; se puede manifestar que dichas investigaciones aportan de manera significativa ya que reflejan datos estadísticos sobre el control prenatal, complicaciones obstétricas tales como: hemorragias , trastornos hipertensivos y sepsis entre otras, se detallan además factores de riesgo que poseen las gestantes durante esa fase.

Tabla 3: Control prenatal y complicaciones Obstétricas de Colombia, Perú y Ecuador.

Referencia (autor)	País	muestra	CON CONTROL PRENATAL										SIN CONTROL PRENATAL									
			TH*		HPP**		Sepsis		sin complicación		Total		TH*		HPP**		Sepsis		Sin complicación		Total	
			casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
(Fernando & Montesdeoca, 2014)	Ecuador	1019	33	3,2%	12	1,2%	5	0,5%	521	51,1%	571	56%	82	8,1%	23	2,3%	10	1%	333	32,6%	448	44%
(Aguilera, 2011)	Ecuador	27	4	14,8%	1	3,7%	1	3,7%	4	14,8%	10	37%	10	37%	2	7,4%	2	7,4%	3	11,2%	17	63%
(Valdivia, 2015)	Ecuador	620	125	20,1%	23	3,6%	12	1,8%	332	53,5%	492	79%	94	15,2%	4	0,7%	6	1,1%	24	4%	128	21%
(Villavicencio, 2017)	Colombia	306	82	26,8%	14	4,5%	16	5,2%	115	37,5%	227	74%	51	16,7%	5	1,6%	4	1,4%	19	6,3%	79	26%
(Mejía et al., 2014)	Colombia	823	102	12,4%	15	1,9%	19	2,4%	224	27,3%	360	44%	286	34,7%	36	4,3%	28	3,4%	113	13,6%	463	56%
(Matute, 2012)	Ecuador	276	42	15,2%	4	1,4%	3	1,1%	70	25,3%	119	43%	95	34,4%	6	2,2%	9	3,3%	47	17,1%	157	57%
(León María, Viviana, Morillo, Aquiles, & Acosta, 2013)	Ecuador	4.989	862	17,2%	21	0,4%	28	0,5%	1352	27,0%	2263	45%	1522	30,6%	168	3,5%	91	1,9%	945	19,0%	2726	55%
(Carrillo Franco & García Balaguera, 2017)	Colombia	359	92	25,6%	9	2,5%	6	1,6%	134	37,3%	241	67%	27	7,6%	65	18,2%	24	6,7%	2	0,5%	118	33%
(Delgado, Vanessa, Vera, & Joaleef, 2015).	Perú	290	62	21,5%	9	3,1%	5	1,8%	94	32,6%	170	59%	36	12,4%	16	5,3%	63	21,6%	5	1,7%	120	41%

(Munares García, 2013)	Ecuador	5998	117	1,9%	28	0,6%	12	0,3%	197	3,2%	354	6%	3032	50,5%	1749	29,2%	626	10,4%	237	3,9%	5644	94%
(Raziatul Hanum A. Rajak, 2014)	Perú	199	24	12%	5	2,5%	3	1,5%	72	36%	104	52%	52	26,2%	21	10,5%	6	3,1%	16	8,2%	95	48%
(Rojas, 2016)	Ecuador	301	86	28,6%	7	2,4%	8	2,7%	109	36,3%	210	70%	54	17,9%	16	5,3%	9	2,9%	12	3,9%	91	30%
(Royert & Peñate, 2016)	Colombia	123	18	14,5%	2	1,5%	1	0,8%	47	38,2%	68	55%	38	30,9%	6	4,9%	4	3,4%	7	5,8%	55	45%
(Ruiz, 2016)	Perú	80	15	18,6%	3	3,7%	3	3,7%	24	30%	45	56%	19	23,7%	6	7,6%	4	5,1%	6	7,6%	35	44%
(Saraza, 2018)	Colombia	82	16	19,7%	5	6,3%	3	3,6%	43	52,4%	67	82%	8	9,7%	2	2,4%	1	1,2%	4	4,7%	15	18%
(Gualpa & Sigüenza, 2013)	Ecuador	400	87	21,5%	6	1,5%	5	1,1%	204	51%	302	75%	62	15,7%	8	2,2%	11	2,9%	17	4,2%	98	25%
(Sol, 2014)	Ecuador	117	19	16,2%	2	1,6%	1	0,8%	59	50,4%	81	69%	17	14,5%	6	5%	4	3,5%	9	8%	36	31%
(Santa, 2014)	Perú	82	8	9,5%	6	7,0%	3	3,5%	45	55%	62	75%	12	15%	1	1,0%	3	4%	4	5,0%	20	25%
(Díaz & Chávez, 2015)	Colombia	506	68	13,6%	4	0,8%	1	0,2%	224	44,4%	297	59%	162	32%	13	2,5%	11	2,1%	23	4,4%	209	41%

TH*: Trastornos Hipertensivos

HPP***: Hemorragias posparto

Fuente: elaborado por Andrade Valeria, Cedeño Nathaly

Análisis: De acuerdo a los datos obtenidos en la tabla 3 se puede evidenciar de manera individual las muestras que utilizaron diferentes autores en sus estudios, puesto que exponen la asistencia y no asistencia a controles prenatales, además de las complicaciones obstétricas más frecuentes en los países de Colombia, Perú y Ecuador; concluyendo que la presencia de dichas complicaciones aumentan en las gestantes que no se realizan controles prenatales, a diferencia de aquellas que cumplen con la asistencia prenatal.

Tabla 4. Resultados de control prenatal y complicaciones obstétricas, en Colombia, Perú y Ecuador.

País	muestra	CON CONTROL PRENATAL					SIN CONTROL PRENATAL				
		TH*	HPP**	Sepsis	sin complicación	Total	TH*	HPP**	Sepsis	Sin complicación	Total
		Casos (%)	Casos (%)	Casos (%)	Casos (%)	Casos (%)	Casos (%)	Casos (%)	Casos (%)	Casos (%)	Casos (%)
Colombia	2199	378 (17.1%)	49 (2.2%)	46 (2%)	787 (35.7%)	1260 (57.2%)	572 (26%)	127 (5.7%)	72 (3.2%)	168 (7.6%)	939 (42.8%)
Perú	651	109 (16.7%)	23 (3.5%)	14 (2.1%)	235 (36%)	381 (58.5%)	119 (18.2%)	44 (6.7%)	76 (11.6%)	31 (4.7%)	270 (41.5%)
Ecuador	13747	1375 (10%)	104 (0.7%)	75 (0.5%)	2848 (20.7%)	4402 (32%)	4968 (36.1%)	1982 (14.4%)	768 (5.5%)	1627 (11.8%)	9345 (68%)

TH*: Trastornos Hipertensivos

HPP**: Hemorragias posparto

Fuente: elaborado por Andrade Valeria y Cedeño Nathaly

Análisis: Según lo expresado en la tabla 4 respecto al Control Prenatal y Complicaciones obstétricas en los países de Colombia Perú y Ecuador; de acuerdo a los datos obtenidos de varias investigaciones se determinó en Colombia como población: muestra 2199 gestantes de diferentes edades, de las cuales se identificó que 1260 (57,2%) se realizaban control prenatal, sin embargo, se presentaron 378 casos (17,1%) de trastornos hipertensivos, 49 casos (2,2%) de hemorragias posparto y 46 casos (2%) de Sepsis, mientras que 787 casos (35,7%) no presentaron complicaciones; 939 (42,8%) las gestantes que no se realizaron control prenatal y presentaron las siguientes complicaciones: trastornos hipertensivos 572 casos (26%), hemorragias posparto 127 casos (5,7%), sepsis 72 casos (3,2%), mientras que 168 (7,6%) no tuvieron

complicaciones. En Perú se obtuvo una muestra de 651 gestantes de las cuales 381 (58,5%) se realizaron control prenatal, no obstante 109 (16,7%) presentaron trastornos hipertensivos, 23 (3,5%) hemorragias posparto, 14 (2,1%) sepsis y 235 (36%) no tuvieron complicaciones; 270 (41,5%) representa las gestantes que no cumplieron con control prenatal manifestando complicaciones como: trastornos hipertensivos 119 casos(18,2%), hemorragias posparto 44 (6,7%), sepsis 76 casos (11,6%) y sin complicaciones 31 (4,7%). En Ecuador se obtuvo una muestra de 13747 gestantes, de las cuales 4402 (32%) cumplió con controles prenatales, sin embargo, la aparición de trastornos hipertensivos 1375(10%), hemorragias posparto 104 (0,7%), sepsis 75 (0,5%) y sin complicaciones 2848 (20,7%); las embarazadas que no llevaron a cabo control prenatal fueron 9345 (68%) de las cuales 4968 (36,1%) presentaron trastornos hipertensivos, 1982 (14,4%) hemorragias posparto, 768 (5,5%) sepsis y 1627 (11,8%) no tuvieron complicaciones.

El país con mayor cobertura de control prenatal es Perú, mientras que Ecuador posee el menor índice de atención prenatal, de la misma manera las complicaciones obstétricas que se presentan incluso con control prenatal son en Colombia mayormente los trastornos hipertensivos, en Perú principalmente hemorragias posparto y sepsis; por otra parte las complicaciones presentes por falta de control prenatal son en Ecuador con mayor influencia los trastornos hipertensivos y hemorragias posparto mientras que en Perú representa mayor casos de sepsis.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES

La atención prenatal es importante en los países de Colombia, Perú y Ecuador porque permite identificar factores de riesgo, detectar antecedentes o enfermedades actuales en la gestante con el fin de evitar complicaciones obstétricas, además, permite implementar acciones preventivas y terapéuticas para reducir la morbimortalidad materna y el número de productos con complicaciones, dicho control debe ser completo e integral, de manera precoz, periódicamente con la finalidad de brindar atención digna y de calidad a las gestantes.

Las principales complicaciones obstétricas registradas en Colombia, Perú y Ecuador son: los trastornos hipertensivos, hemorragias postparto e infecciones graves divididas en sepsis obstétricas y shock séptico por ello cabe destacar que el control prenatal se debe realizar desde el primer mes del embarazo, de acuerdo a la condición de la gestante se aumentará el número de controles hasta que dicha madre entre en labor de parto, además los controles prenatales, de igual manera permiten establecer medidas de prevención para la gestante lo que genera un costo menor en la atención, mejorando así la calidad de vida de la embarazada y el desarrollo de su recién nacido.

Dentro de las actividades que se realizan en las unidades de salud para prevenir las complicaciones obstétricas se encuentran: la realización de la historia médica completa de la gestante, seguimiento y constancia de los controles, la realización de exámenes complementarios dentro de los cuales se encuentran: biometría hemática completa, VDRL, VIH, citología vaginal, urocultivos, glicemias, enfermedad de Chagas y ecografías, además de la importancia y control de la aplicación de la vacuna antitetánica; actividades que se enlazan y se cumplen como lo plantea la OPS, sin embargo en Perú y Colombia no se encontró evidencias de que lleven un registro del carnet prenatal como sí se lo realiza en Ecuador.

Las fuentes bibliográficas usadas en el proyecto permitieron revelar las situaciones de salud en los países de estudio como lo son: Ecuador, Perú y Colombia y se puede concluir señalando: Ecuador con mayor número de casos relacionados con trastornos hipertensivos y sepsis, en Perú se identificó elevado índice de hemorragia posparto, mientras que en Colombia existe un mínimo porcentaje de complicaciones por sepsis en las gestantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bonilla, M. V. E., & Castillo, M. C. (2018). Control prenatal. *Ejercer La Medicina*, 25(6), 173–182. <https://doi.org/10.2307/j.ctt21kk0w3.22>
2. Carrillo Franco, J., & García Balaguera, C. (2017). Comportamiento De La Morbilidad Materna Extrema En El Departamento Del Meta, Colombia, 2014. *Hacia La Promoción de La Salud*, 0121–7577(2462–8425), 15–25. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.1.2>
3. Delgado, C., Vanessa, D., Vera, B., & Joaleef, Y. A. (2015). Lambayeque Complications in Obstetrics and Morbidity Pregnant in the Service of Obstetrics-Gynecology Hospital in the City of Lambayeque, 2.
4. Dr. Wilfrido León, gineco-obstetra, docente Universidad Central del Ecuador Dr. Eduardo Yépez, gineco-obstetra, docente Universidad Central del Ecuador Dra. Martha Gordón, médica, D. M. M. (2015). Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Control Prenatal Guía de Práctica Clínica Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2015 ----44 p:tabs:gra: 18x25 cm. ISBN-XXXXXXXXX 1. Salud Pública. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70634-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70634-0)
5. Estrany, B., Fuster, P., Garcia, A., & Luo, Y. (2009). EOG signal processing and analysis for controlling computer by eye movements. *Proceedings of the 2nd International Conference on PErvasive Technologies Related to Assistive Environments - PETRA '09*, 1–4. <https://doi.org/10.1145/1579114.1579132>
6. Gómez F., C. (2010). Aspectos históricos del control prenatal. *Medicina U.P.B.*
7. Gurevich, I., Trusova, Y., & Yashina, V. (2013). *Current trends in the algebraic image analysis: A survey. Lecture Notes in Computer Science (including subseries Lecture Notes in Artificial Intelligence and Lecture Notes in Bioinformatics)* (Vol. 8258 LNCS). https://doi.org/10.1007/978-3-642-41822-8_53
8. León, Wilfrido; Yépez, Eduardo; Gordón, M. (2015). *Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica*. (MSP, Ed.) (Edición ge). Quito, Ecuador: Guía de Práctica Clínica (GPC). [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70634-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70634-0)
9. Mejía, R., Tatiana, P., Barona, C., Solarte, M., César, J., Gómez, A., ... Bernal, V. (2014). AL ACCESO AL CONTROL PRENATAL.
10. Meneses, M., Gonzalo, I. Ñ., & Fern, A. (2010). *Ginecología Y Obstetricia*, 37(2),

- 82–84. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2008.08.003>
11. Ministerio de Salud Pública. (2013). *Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud*.
 12. Ministerio de Salud Pública. (2018). *MORTALIDAD EVI TABLE GACETA DE MUERTE MATERNA SE 52*.
 13. MSP. (n.d.). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto*. (La Caracola, Ed.). Quito, Ecuador.
 14. MSP. (2016). *Trastornos hipertensivos del embarazo*. (E. T. EP, Ed.) (Segunda). Quito.
 15. Munares Garcia, O. (2013). Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. *Revista Peruana de Epidemiología*, 17(2), 1–8. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203129458007.pdf>
 16. Nares-torices, M. A., Hernández-pacheco, J. A., Estrada-altamirano, A., José, M., Mendoza-calderón, I. I. S. A., Flores-cortés, M. I., & Figueroa-damián, R. (2013). Manejo de sepsis y choque séptico en el embarazo, 1–14.
 17. OPS, M. (2016). *Protocolo De Vigilancia Epidemiológica De La Mortalidad Materna*.
 18. Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas*. *Revista de Salud sexual y reproductiva*. (Vol. 94).
 19. Raziatul Hanum A. Rajak. (2014). Isu PBS: Makin kelam kabut, makin berserabut. *Sinar Harian*. Retrieved from <http://www.sinarharian.com.my/nasional/isu-pbs-makin-kelam-kabut-makin-berserabut-1.255373>
 20. Rojas, G. (2016). Enero - Junio 2015, (January 2015).
 21. Rojas-Suárez, J. A., María, ;, González, V., Monsalve, G., Escobar-Vidarte, F., & Vasco, M. (2014). Consenso Colombiano para la definición de los Criterios de ingreso a unidades de Cuidados intensivos en la paciente embarazada críticamente enferma * Colombian consensus for definition of admission criteria to intensive care units in critically ill pregna. *Revista Colombiana de Obstetricia Y Ginecología*, 65(1), 47–74. <https://doi.org/10.18597/rcog.79>
 22. Royert, J. M., & Peñate, M. P. (2016). Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia), 2015. *Salud Uninorte*, 32(3), 452–460. <https://doi.org/10.14482/sun.32.2.9745>

23. Ruiz, S. (2016). Factores de riesgo para preeclampsia en un hospital de la amazonia peruana. *Clin Invest Ginecol Obstet [Internet]. Elsevier B.V., 1(1)*, 18–26. Retrieved from
[/citations?view_op=view_citation&continue=/scholar?hl=es&as_sdt=0,5&scilib=1&citilm=1&citation_for_view=NHZPnKIAAAAJ:8k81kl-MbHgC&hl=es&oi=p](#)
24. Saraza, M. E. P. (2018). INFORME QUINCENAL EPIDEMIOLOGICO NACIONAL, 23.
25. Susana Aguilera, P., & Peter Soothill, M. D. (2014). Control Prenatal. *Revista Médica Clínica Las Condes, 25(6)*, 880–886. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70634-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70634-0)
26. Távara, L., Sacsá, D., Frisancho, O., Urquiza, R., Carrasco, N., & Tavera, M. (2016). Estado actual de la mortalidad materna en los hospitales del Perú. *Ginecología Y Obstetricia, 45(1)*, 7–8. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2010.03.005>
27. Ulloa, A., Castillo, J. A. Del, & Moreno, M. A. (2016). Factores de riesgo asociados a bajo peso al nacimiento. *Neonatología, 83(4)*, 122–128.
28. Valdivia, W. B. F. P. B. G. R.-M. A. L. M. J. R.-L. K. M. S.-J. C. (2015). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: Salud Sexual y Reproductiva*. (N. Miranda, Ed.) (primera). Quito, Ecuador.
29. Aguilera, J. (2011). *control prenatal insuficiente y funcionalidad familiar en mujeres embarazadas que acuden al subcentro de salud de la parroquia cumbe, en el año 2011*.
30. Díaz, L., & Chávez, B. (2015). Complicaciones maternas en adolescentes y adultas afiliadas al régimen subsidiado, 2012. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n2a08>
31. Fernando, A., & Montesdeoca, C. (2014). *Prevalencia y factores de riesgo asociados a la Enfermedad Hipertensiva en Embarazadas en el Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague en el departamento de Gineco Obstetricia. Santa Rosa – El Oro. Año 2011 – 2013*.
32. Guallpa, E., & Siguenza, C. (2013). CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL CONTROL PRENATAL, EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, MAYO- JULIO 2012, 1-98.
33. León María, C., Viviana, L., Morillo, C., Aquiles, J., & Acosta, H. (2013). Infección

puerperal poscesárea vs posparto . Estudio realizado en el hospital gineco-obstétrico “ Enrique C . Sotomayor ”, período junio a octubre de 2010.

34. Matute, J. (2012). *PREVALENCIA DE HEMORRAGIA POSTPARTO EN PUÉRPERAS ADOLESCENTES Y FACTORES ASOCIADOS, EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA-ECUADOR 2012.*
35. Santa, S. (2014). Complicaciones maternas y fetales de la Preeclampsia diagnosticadas en un hospital del sur del Perú , 2013, *4*(1), 3-7.
36. Sol, M. L. (2014). COMPLICACIONES CLÍNICAS EN LAS GESTANTES CON PRE ECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ ENERO 2013 - JULIO 2014, *10*(2).
37. Villavicencio, S. (2017). Barreras de acceso y calidad en el control prenatal, *65*(2), 305-310.

Urkund Analysis Result

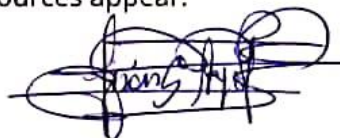
Analysed Document: extracto_2019428141524.docx (D51377046)
Submitted: 5/1/2019 10:20:00 PM
Submitted By: layolp@unemi.edu.ec
Significance: 5 %

Sources included in the report:

pasar urkun 1.docx (D51138988)
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUI1TESIS.docx (D48856779)
JANIA HURTADO CABEZAS para urkund.docx (D37022243)
LeandraLlanca2015ManualdeCompetenciasparaelManejodelaEmergenciasObstétricas.pdf (D35125067)
GRACE ALVARADO tesis.doc (D41535484)
<http://bdigital.unal.edu.co/11472/1/598593.2012.pdf>
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032015000100002

Instances where selected sources appear:

12





UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO



Milagro, 13 de mayo del 2019

REGISTRO DE ACOMPAÑAMIENTOS

Inicio: 28-11-2018 Fin 30-09-2019

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA: LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Área de Investigación: ENFERMEDADES INFECCIOCONTAGIOSAS, ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO, ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN, SALUD PÚBLICA, ENFERMERÍA EN LA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA, ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE, SEGURIDAD Y CALIDAD EN EL CUIDADO DE LA ENFERMEDAD, ALCOHOL, TABACO Y DROGAS 2S2018

TEMA: CONTROL PRENATAL Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS, COLOMBIA, PERÚ, ECUADOR

ACOMPAÑANTE: AYOL PEREZ LIZAN GRENNADY

DATOS DEL ESTUDIANTE

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	CÉDULA	CARRERA
1	ANDRADE PEÑA VALERIA DAYANA	0942496837	LICENCIATURA EN ENFERMERIA
2	CEDENO ESPINOZA NATHALY LIZBETH	1719528364	LICENCIATURA EN ENFERMERIA

Nº	FECHA	HORA	Nº HORAS	DETALLE
1	2019-08-02	Inicio: 14:45 p.m. Fin: 16:45 p.m.	2	SE ENCUENTRA LA CARACTERIZACIÓN DEL TEMA VARIABLE PARA QUE EMPIECEN CON LA INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA
2	2019-15-02	Inicio: 15:41 p.m. Fin: 17:41 p.m.	2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
3	2019-12-04	Inicio: 15:57 p.m. Fin: 17:57 p.m.	2	CORRECCIÓN DEL DESARROLLO Y CONCEPTUALIZACIÓN, UBICAR INVESTIGACIONES DE REVISTAS CIENTÍFICAS, MODIFICAR LA METODOLOGÍA
4	2019-26-04	Inicio: 12:02 p.m. Fin: 14:02 p.m.	2	DESARROLLO DEL TEMA
5	2019-06-05	Inicio: 12:24 p.m. Fin: 14:24 p.m.	2	ARREGLAR CUADRO
6	2019-23-04	Inicio: 12:25 p.m. Fin: 14:25 p.m.	2	ARREGLAR EL DESARROLLO

AYOL PEREZ LIZAN GRENNADY
 PROFESOR(A)

JORGE ESPINOZA CEDENO
 DIRECTOR(A)

ANDRADE PEÑA VALERIA DAYANA
 ESTUDIANTE

CEDENO ESPINOZA NATHALY LIZBETH
 ESTUDIANTE

Dirección: Cda. Universitaria Km. 1 1/2 vía km. 26
 Milagro: (04) 2715081 - 2715079 Ext. 3107
 Guayas • Ecuador

VISIÓN
 Ser una universidad de docencia e investigación

MISIÓN
 La UNEMI forma profesionales competentes con actitud proactiva y valores éticos, desarrolla investigación relevante y oferta servicios que demandan el sector externo, contribuyendo al desarrollo de la sociedad.

CS Scanned with CamScanner

www.unemi.edu.ec

EVIDENCIA DE TUTORÍAS



Foto 1. Recibiendo tutorías con el Dr. Lizan Ayol