



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL RIESGO OBSTÉTRICO EN
EMBARAZADAS DE SEIS CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR
Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.

AUTOR:

ALVARADO CEDEÑO, WASHINGTON FRANCISCO

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DIRECTORA:

ARANDA CANOSA, SANNY

GUAYAQUIL – ECUADOR

2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *el Dr. Washington Francisco Alvarado Cedeño*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dra. Sanny Aranda Canosa

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Yo, Washington Francisco Alvarado Cedeño

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación Valoración y seguimiento del riesgo obstétrico en embarazadas de seis consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales. Año 2021.” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme a las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

Dr. Washington Francisco Alvarado Cedeño



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

AUTORIZACIÓN:

Dr. Washington Francisco Alvarado Cedeño

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: “Valoración y seguimiento del riesgo obstétrico en embarazadas de seis consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales. Año 2021.”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

Dr. Washington Francisco Alvarado Cedeño

REPORTE URKUND

Document Information _____

Analyzed documenturkund2022.pdf (D126510137)

Submitted2022-01-29T18:57:00.0000000

Submitted by

Submitter emailwafralce@gmail.com

Similarity1%

Analysis addressxavier.landivar.ucsg@analysis.urkund.com

Sources included in the report _____ 

SA

Revisi%C3%B3n+bibliogr%C3%A1fica+%28atenci%C3%B3n+pre
natal+y+control+m%C3%A9dico+a+la+embarazada%29.docx

Document  3

Revisi%C3%B3n+bibliogr%C3%A1fica+%28atenci%C3%B3n+pre
natal+y+control+m%C3%A9dico+a+l a+embarazada%29.docx
(D109011254)

Agradecimiento

En primera instancia agradezco a Dios y a mis formadores mis amados padres, quienes con su esfuerzo y dedicacion me brindaron la posibilidad de llegar a este punto en el que me encuentro, sin ellos no seria nadie les debo todo.

A mi amada esposa quien con su apoyo incondicional me permite crecer profesionalmente siendo mi sosten en estas epocas tan dificiles que vivimos en la actualidad.

A mis hermanos y amigos y todos los que formaron parte de este proceso a mi tutora por su paciencia comprension y apoyo estoy eternamente agradecido.

Dedicatoria

Quiero dedicar este trabajo de investigación a las futuras generaciones de médicos en busca de la excelencia por trabajos inéditos en beneficio de la salud a nivel mundial, además esta dedicado a toda mi familia y amigos quienes lo han dado todo por permitirme avanzar en mis objetivos.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO
DIRECTOR DEL POSGRADO

ARANDA CANOSA, SANNY
COORDINADORA DOCENTE

BATISTA PEREDA, YUBEL
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
III COHORTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN



TEMA: POSGRADISTA: FECHA:

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

Observaciones: _____

Lo certifico

DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS
DIRECTOR DEL POSGRADO
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADORA DOCENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO.....	VI
DEDICATORIA.....	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	VIII
ACTA DE CALIFICACIÓN.....	IX
ÍNDICE GENERAL.....	X
ÍNDICE DE TABLAS.....	XI
ÍNDICE DE ANEXOS.....	XII
RESUMEN.....	XIII
ABSTRACT.....	XIV
AGRADECIMIENTO	V
DEDICATORIA	VII
1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. EL PROBLEMA	5
2.1 Identificación, Valoración y Planteamiento	5
2.2. Formulación.....	6
3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	7
3.1 General.....	7
3.2 Específicos.....	7
4 MARCO TEÓRICO.....	8
4.1. MARCO CONCEPTUAL	8
4.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	25
5 MÉTODOS	27
5.1 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.	27
5.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	27
5.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	27
5.4 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO	27
5.5 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	27
5.5.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio	28
5.5.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	28
5.5.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	28
5.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	28
5.7 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	30
5.8 TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	30
5.9 VARIABLES	31

5.9.1	Operacionalización de variables.....	31
6	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	34
7	CONCLUSIONES.....	55
8.	VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN	58

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. DISTRIBUCION DE LOS PROFESIONALES SEGÚN EDAD. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.	35
TABLA 2. DISTRIBUCION DE LOS PROFESIONALES SEGÚN SEXO. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.	36
TABLA 3. DISTRIBUCION DE LOS PROFESIONAL SEGÚN OCUPACIÓN. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021	36
TABLA 4. DISTRIBUCION DE LOS PROFESIONAL SEGÚN TÍTULO DE CUARTO NIVEL CULMINADO. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021	38
TABLA 5. DISTRIBUCION DE LOS PROFESIONAL SEGÚN AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021	38
TABLA 6. DISTRIBUCION DE LOS PROFESIONAL SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE LA CLASIFICACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO VIGENTE. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021	41
TABLA 7. DISTRIBUCION DE LAS GESTANTES SEGÚN EDAD. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021	41
TABLA 8. DISTRIBUCION DE LAS GESTANTES SEGÚN ETNIA. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021	42
TABLA 9. DISTRIBUCION DE LAS GESTANTES SEGÚN INGRESO ECONÓMICO. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021	44
TABLA 10. DISTRIBUCION DE LAS GESTANTES SEGÚN ESCOLARIDAD. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021	44
TABLA 11. DISTRIBUCION DE LAS GESTANTES SEGÚN OCUPACIÓN. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021	45
TABLA 12. DISTRIBUCION DE LAS GESTANTES SEGÚN SU CAPTACIÓN. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021	47
TABLA 13. DISTRIBUCION DE LAS GESTANTES SEGÚN DIAGNÓSTICO DE RIESGO OBSTÉTRICO. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021	47
TABLA 14. DISTRIBUCION DE LOS POSGRADISTAS POR CONTROLES REALIZADOS SEGÚN RIESGO OBSTÉTRICO. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021	49
TABLA 15. DISTRIBUCION DE LAS POSGRADISTAS SEGÚN VISITAS DOMICILIARIAS NORMADAS. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021	49

TABLA 16. DISTRIBUCION DE LAS POSGRADISTAS POR INTERCONSULTAS REALIZADAS SEGÚN EL RIESGO. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021	50
TABLA 17. DISTRIBUCION DE LAS POSGRADISTAS POR REFERENCIAS MÉDICAS REALIZADAS SEGÚN EL RIESGO. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021	52_Toc66829887
TABLA 18. DISTRIBUCION DEL SEGUIMIENTO DE LAS EMBARAZADAS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021	52

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	69
ANEXO 2. ENCUESTA.....	71

RESUMEN

Antecedentes: El embarazo y/o parto son procesos en los que intervienen múltiples factores. La gestación ocasiona en el organismo materno importantes modificaciones, producidas por una sobreactividad funcional; en la mujer gestante y con buena salud se mantiene dentro de los límites fisiológicos; cuando es exagerada puede tornarse patológica. En el Ecuador existe un marco normativo para el manejo de los riesgos de la gestación, pero contradictoriamente hay varias clasificaciones de estos, con similitudes y diferencias, clasificando los riesgos en bajo, alto y muy alto. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, de corte transversal que incluyó como población de estudio los profesionales de la salud que brindan atención a gestantes y las mismas que fueron atendidas en seis consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria durante el primer trimestre de 2021. Se revisaron los documentos y normativas para las distintas clasificaciones de riesgo utilizadas en el Sistema de Salud y a través de entrevistas y encuestas a los posgradistas se determinó el conocimiento de estos acerca de la categorización de riesgo obstétrico. Se obtuvo la relación de gestantes y una vez clasificadas según los riesgos obstétricos se determinó la calidad del diagnóstico y el seguimiento brindado a las gestantes de riesgo. **Resultados:** El estudio cuenta con posgradistas en el 80 %, conocen la normativa actual el 82,9%, controles adecuados en 82,9%, seguimiento no adecuado 62,9%, captación de las gestantes 46% Segundo trimestre, riesgo obstétrico alto 54%, interconsulta 77.1%, referencias 48.6% Ginecoobstetricia. **Conclusiones:** Existen escalas avaladas por el sistema de salud nacional con diferencias y similitudes, estas diferencias tienden a provocar confusión durante la categorización de riesgo obstétrico.

Palabras Clave: ATENCION PRENATAL, RIESGO OBSTETRICO, FACTORES DE RIESGO, CLASIFICACIÓN DE RIESGO, SALUD MATERNA.

ABSTRACT

Background: Pregnancy and/or childbirth are processes in which multiple factors intervene. Pregnancy causes important modifications in the maternal organism, produced by a functional overactivity; in pregnant women and in good health it remains within physiological limits; when it is exaggerated it can become pathological. In Ecuador there is a regulatory framework for managing the risks of pregnancy, but contradictorily there are several classifications of these, with similarities and differences, classifying the risks as low, high and very high. **Methods:** An observational, descriptive, prospective, cross-sectional study was carried out that included as a study population health professional who provide care to pregnant women and those who were treated in six Family and Community Medicine clinics during the first trimester of pregnancy. 2021. The documents and regulations for the different risk classifications used in the Health System were reviewed and through interviews and surveys of postgraduate students, their knowledge about the categorization of obstetric risk was determined. The list of pregnant women was obtained and once classified according to obstetric risks, the quality of the diagnosis and the follow-up provided to pregnant women at risk were determined. **Results:** The study has postgraduate students in 80%, they know the current regulations in 82.9%, adequate controls in 82.9%, inadequate follow-up in 62.9%, recruitment of pregnant women in 46% Second trimester, high obstetric risk 54%, interconsultation 77.1%, references 48.6% Gynecology and Obstetrics. **Conclusions:** There are scales endorsed by the national health system with differences and similarities, these differences tend to cause confusion during the categorization of obstetric risk.

Key Words: PRENATAL CARE, OBSTETRIC RISK, RISK FACTORS, RISK CLASSIFICATION, MATERNAL HEALTH.

1. INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es un indicador que nos debiera llevar a reflexionar sobre la necesidad de reorientar el sistema y los servicios de salud, sobre todo, cuando se ha demostrado que la mayoría de las muertes maternas son evitables con adecuada promoción de salud, prevención de daños y atención de calidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año más de medio millón de mujeres en el mundo fallecen a causa de complicaciones durante el embarazo. (1)

Se estima que en el año 2015, la tasa de mortalidad materna global en los Estados Unidos fue de 14 defunciones por cada 100.000 partos, mientras que la incidencia según la OMS es tres o cuatro veces más alta en las mujeres cuya etnia es mestiza. Sin embargo, la tasa de mortalidad materna es mayor en los Estados Unidos que en otros países desarrollados como Alemania, España, Suecia, Suiza, Reino Unido, donde las cifras son mucho menores, mostrando sistemas de salud adecuados. La evaluación del riesgo obstétrico es parte de la atención prenatal de rutina, se debe evaluar en el embarazo y durante el trabajo de parto. Estos riesgos se evalúan de manera sistemática porque cada factor presente aumenta el riesgo global. (2)

La atención prenatal es el conjunto de herramientas que utiliza el médico para la vigilancia y evaluación integral de la madre y el feto con acciones sistemáticas destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores modificables, que puedan condicionar la salud materna y perinatal. En países altamente desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, se ha logrado implementar con muy buenos resultados. En países como Cuba, Japón, Canadá y los Estados Unidos; la concurrencia de las gestantes a consulta es muy alta, es decir, la asistencia oscila entre un 75 a 95%, echo que contrasta en países de África, Asia y Latinoamérica, porcentaje de atenciones a gestantes es del 35%; y el 70% que acude lo realiza tardíamente, dato relevante, ya que por medio de las atenciones se ha logrado identificar

los factores de riesgo tratándolos mejorando la morbilidad y la mortalidad maternal. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una gestante en un país en vías de desarrollo tiene 100 a 200 veces más riesgo de morbilidad que una en un país desarrollado, además el riesgo de muerte materna es de 1/75 en las regiones en desarrollo y 1/7300 en las regiones desarrolladas (3)

Los principales objetivos del control prenatal son identificar aquellas pacientes de mayor riesgo, basándose en herramientas como el score mama, riesgo obstétrico, con el fin de realizar intervenciones en forma oportuna. Además, esto se actúa a través del historial médico, el examen físico, la realización de algunos exámenes de laboratorio y ultrasonido. La atención de una embarazada denominada de alto riesgo no es solo de parte médica sino multidisciplinaria, es decir de parte de familiares, amigos y profesionales sanitarios. Según Lafaurie, todas las mujeres con embarazos de alto riesgo requieren atención especializada, interdisciplinaria e integral, incluyendo la valoración de las redes de apoyo social. Se estima que alrededor de un 20% de los embarazos corresponde a la denominación de alto riesgo y ellos son responsables de más del 80% de los resultados perinatales adversos. (4)

El control prenatal es importante incluso en embarazos sanos, los controles favorecen la identificación de embarazos con mayor riesgo tanto obstétrico como perinatal, agregan mediaciones sujetadas a la prevención de dichas alarmas y también incluyendo la promoción de estilos de vida saludables, la suplementación de ácido fólico y consejería nutricional. (5)

Contar con un marco normativo para el manejo estandarizado de los riesgos de la gestación permite un acceso inmediato y continuo a la salud de acuerdo con los niveles de atención y complejidad. La efectividad en la aplicación de estos lineamientos permite mejorar la atención del control prenatal. A pesar de que se cuenta con lineamientos definidos por el Ministerio de Salud Pública (MSP) es indispensable la correcta utilización del mismo, el cual permite evaluar y categorizar los factores de riesgo obstétrico durante el control prenatal, para priorizar la atención oportuna a este grupo vulnerable de acuerdo a la capacidad resolutoria de cada establecimiento de salud; así como

el uso óptimo de los recursos, bajo el enfoque de prevención de riesgos en la gestación que tiene como punto fundamental reducir la morbilidad materna – neonatal en el país. (6)

La atención prenatal constituye uno de los pilares de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. El Ministerio de Salud Pública (MSP) la define como la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud con el objetivo de lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre. En los diferentes centros de salud está el enfoque para poder determinar oportunamente con las herramientas necesarias, nuestros objetivos van en pro de mejoras para esta problemática de salud importante no solo en Pascuales en la provincia del Guayas, en el Ecuador y el mundo entero. Los resultados se pueden introducir en la práctica de la atención a gestantes del centro de salud y de niveles organizativos superiores. (7)

2. EL PROBLEMA

2.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

La muerte materna durante el embarazo, parto y puerperio es considerada un problema prioritario a nivel mundial. Cada día mueren en el mundo aproximadamente 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En el 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. (6)

Desde 1990, ningún país de la región alcanzó la meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 (ODM) cuyo propósito es disminuir un 75% la mortalidad materna para el 2015. (8)

En el Ecuador en el año 2017 se presentaron 143 casos de muerte materna, por lo que no alcanzó el objetivo propuesto respecto a la disminución de este problema. Según el MSP en el Ecuador en el año 2019 se presentaron 103 casos de muerte materna. (9)

La muerte materna es evitable en la mayoría de los casos, se ha comprobado que una intervención eficaz, y la inversión en el fomento de una maternidad sin riesgo no solo reduce la mortalidad y la discapacidad materno infantil, sino que también contribuye a mejorar la salud, la calidad de vida y equidad para las mujeres, sus familias y las comunidades. (10)

La investigación teórica aportó mucho para explicar los problemas que se mantienen en el momento de la estratificación del riesgo obstétrico y valorar el seguimiento oportuno con la finalidad de disminuir la morbimortalidad materna. En el Ecuador llama la atención las múltiples herramientas que existen para la valoración del riesgo obstétrico, entre ellas se encuentran la Guía Práctica Clínica de Riesgo Obstétrico 2019, la categorización según La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), la categorización según la dirección zonal de provisión y calidad de servicios de la salud (ZONAL 5) y la que se encuentra en la plataforma de registro de

atención en Salud (PRAS), las mismas que tienen similitudes y diferencias a la vez, la investigación fue muy útil para dilucidar esta problemática. Estas contradicciones a criterio del investigador afectan la valoración del riesgo y el seguimiento de las embarazadas durante su atención prenatal.

2.2. Formulación

¿Cómo evalúan los profesionales el riesgo obstétrico, se tiene un adecuado seguimiento de las gestantes de riesgo en seis consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales atendidas en el primer trimestre del año 2021?

3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

3.1 General

Evaluar la adecuación del diagnóstico y seguimiento de las gestantes de riesgo en seis consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales atendidas en el primer trimestre del año 2021.

3.2 Específicos

- Identificar las concordancias y discrepancias en los instrumentos utilizados para la clasificación y seguimiento del riesgo obstétrico en el Ecuador.
- Caracterizar la población de estudio según variables sociodemográficas.
- Determinar el conocimiento sobre la clasificación de riesgo obstétrico vigente en el sistema de salud, de los profesionales de la salud que atienden embarazadas según formación profesional.
- Identificar el diagnóstico y seguimiento de las embarazadas incluidas en la población de estudio
- Valorar la adecuación del diagnóstico y seguimiento de las gestantes estudiadas.

4 MARCO TEÓRICO

4.1. Marco conceptual.

Embarazo

Dentro de las etapas de vida de la mujer, tenemos al embarazo, que es el proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en el endometrio y termina con el nacimiento, una etapa importante de la mujer, que produce en el organismo materno múltiples modificaciones, tanto anatómicas, fisiológicas y psicológicas que implican mayor vulnerabilidad para el binomio materno fetal. (6)

Salud reproductiva

La Organización Mundial de la Salud (OMS), definió a la salud reproductiva como el estado de bienestar integral, físico, mental y social; no simplemente como la ausencia de enfermedades durante la reproducción. (11)

Situación del embarazo en el Ecuador

En el Ecuador las cifras de embarazos han incrementado considerablemente, lo que contrasta mucho y que influye en los riesgos son los embarazos adolescentes que según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) indican que en 2019 se han registrado 51.711 nacidos vivos mujeres entre 10 a 19 años. Lo que significa que, del total de embarazos registrados en ese año, el 17,5 por ciento provienen de adolescentes de 15 y 19 años, y el 0.6 por ciento de adolescentes de 10 y 14 años. Aumentando la morbilidad materna, ya que su baja escolaridad, su edad, los altos índices de pobreza, poca o mala nutrición, condicionan estos embarazos. (12)

Mortalidad Materna

Se desarrolla en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días posteriores a la culminación del embarazo, independientemente de la edad gestacional y del lugar del parto, producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales. Las causas de muerte materna son bien conocidas y tratables en

su gran mayoría: aproximadamente 75% de las mismas incluyen causas obstétricas directas e indirectas, entre ellas destacan la hemorragia obstétrica, enfermedades hipertensivas, aborto inseguro, infección puerperal y parto distócico, las cuales requieren acceso oportuno a unidades de atención obstétrica y de su tratamiento por personal capacitado, además que atención proporcionada en estas unidades sea de calidad, culturalmente sensible y esté disponible permanentemente.(13)

Hasta la semana 21 del año 2020 las muertes maternas que ocurren en los establecimientos de la red del Ministerio de Salud Pública fueron del 56,67% es decir 34 muertes maternas; en los establecimientos del Instituto de Seguridad Social es del 21,67% 13 muertes maternas, en el domicilio 7 muertes maternas que corresponde al 11,67% y en la red complementaria el 6,67% 4 muertes maternas y en el traslado el 3,33%, 2 muertes maternas. En lo que va del año 2020 en la semana epidemiológica 21 se supera al año 2019 con 13 fallecimientos que corresponde a un incremento del 21,43%, en el año 2019 se tuvo 47 muertes maternas mientras que en el 2020 se tiene 60 fallecimientos maternos, siendo la provincia del Guayas, con 19 muertes maternas la provincia con mayor incidencia, muy lejos de los objetivos propuestos de esta problemática social. (12)

Control prenatal

Se describe como el conjunto de procedimientos y actividades que los profesionales de la salud oferta a la embarazada basándose en los siguientes componentes: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de multiculturalidad y generacional con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y del recién nacido. (3) Tiene importancia incluso en embarazos sanos, el control de la natalidad ha sido una constante preocupación de la salud mundial, por lo que se han realizado múltiples esfuerzos para optimizar técnicas que permitan disminuir la mortalidad y morbilidad materna. (14)(15)

Si el control prenatal se ejecuta dentro del primer trimestre, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo considera de buena calidad donde, se educa,

protege, detecta y se hace tratamiento de enfermedades que aparecen en el embarazo. Se recomienda realizar como mínimo 5 consultas de atención prenatal, de acuerdo a lo establecido por la OMS. El primer control debe durar 40 minutos y los siguientes 20. En caso de que la embarazada tenga su primer control tardíamente este durará mínimo 30 minutos. (16)

Riesgo preconcepcional y riesgo reproductivo

Se conoce al riesgo preconcepcional como la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción, condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio madre- hijo. Su magnitud difiere de una mujer a otra, por lo que debe evaluarse de forma integral e individualizada. La población femenina en edad fértil tiene muchas condiciones, entre ellas tenemos la condición social, biológica, psíquica, ambiental o de conductas, que permitan clasificarlas dentro de este riesgo, debemos empezar a tener consideraciones antes de la concepción; en esta etapa se denomina riesgo preconcepcional; durante la gestación y en el parto se denomina riesgo obstétrico; y desde las 28 semanas de gestación hasta la primera semana de vida del neonato se denomina riesgo perinatal. La unificación de estos 3 conceptos da al enfoque de riesgo un panorama más coherente e integrador. Cada vez que una gestante tenga una probabilidad variable de que ella o su futuro hijo sufran un fenómeno adverso durante el proceso reproductivo, esto se conoce como Riesgo Reproductivo. (17) (18) (19)

Embarazo sin riesgo o normal

Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la concepción y termina con el parto y el nacimiento del producto a término sin ningún tipo de anomalías. Aquel que no cursa con criterios de riesgo y debe ser atendido por el primer nivel de atención. (20)

Factores de riesgo

El factor de riesgo es toda característica biológica, psicológica y social, que afecte el binomio materno fetal, y a su vez deben ser valorados en cada mujer

o pareja. En el marco de la perinatología, los factores que contribuyen con mayor frecuencia a la morbilidad del recién nacido son la prematurez, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones, siendo estas las prioridades del control prenatal. Por otro lado, las patologías que afectan a la madre son las hemorragias ante, intra y post parto, la hipertensión inducida por el embarazo y, desde luego, las patologías de base que presentan las pacientes al iniciar su embarazo, estos se van a dividir en modificables y no modificables. (20)

Factores de riesgo modificables

Se denomina a cualquier rasgo, característica o exposición de una mujer embarazada que aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, la cual puede ser prevenible y controlada. (21)

Factores de riesgo no modificables

Considerados como cualquier rasgo, característica o exposición de una gestante que aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, que no puede ser revertida o eliminado. (21)

Entre los factores de riesgo que se consideran influyentes en la categorización de riesgo obstétrico se tienen los siguientes:

Edad materna

Al categorizar la edad materna se tiene que algunos grupos de edad constituyen factores de riesgo de complicaciones del embarazo en función de sus propias condiciones, tal es el caso de los extremos de la edad fértil que están constituidas por las gestantes menores a 19 años, con énfasis en menores a 15 años por lo que es la etapa de la vida donde ocurren múltiples cambios; los adolescentes transitan de una inmadurez biopsicosocial a una madurez, primero biológica, para después lograr la psicosocial los adultos y las mujeres embarazadas mayores de 35 años se asocian con una alta incidencia de anomalías genéticas, que ponen en riesgo la vida de las mujeres embarazadas (9)(22)

Paridad

Uno de los factores de riesgo tanto para la madre como para el hijo, importante es la paridad tomando en cuenta que mientras mayor es el número de hijos más riesgo de complicaciones existe durante la nueva gestación, principalmente aquellas que tienen cuatro o más embarazos. (9)

Infertilidad

Pese a los nuevos avances tecnológicos, que han permitido que más de tres millones de niños nazcan gracias a la fecundación asistida, se tiene un elevado riesgo de presentar efectos tales como problemas psicológicos entre ellos la ansiedad y complicaciones como embarazos múltiples o nacimientos prematuros y pretérminos durante estas gestaciones. (1)

Aborto

Cuando la gestación no culmina su etapa y se presenta antes de la semana 20 se denomina aborto, cuando es recurrente debe investigarse y realizar una adecuada valoración para descartar enfermedades autoinmunes como el Síndrome Antifosfolípídico o deficiencias estructurales a nivel del cérvix, y su asociación con las malformaciones fetales. Por lo general el tratamiento es un aborto instrumental terapéutico lo que precede un riesgo mucho mayor de presentar abortos recurrentes, parto pretérmino, anomalías de inserción de placenta, problemas psicológicos todo lo que abarca el síndrome postaborto. (2)(3)

Embarazo ectópico/embarazo molar

El embarazo en el que su ubicación es extrauterina se denomina embarazo ectópico, y este antecedente tiene mucha relevancia por las recurrencias, por su parte el embarazo molar relacionado con la enfermedad trofoblástica gestacional puede acompañarse de complicaciones como síndrome de Hellp, preeclampsia y hemorragia obstétrica si no se tiene un correcto manejo de esta enfermedad. (8)

Mortinato y óbito fetal

El antecedente de pérdida de embarazo por muerte del feto intrauterino del o

que fallece horas después del nacimiento, incrementa el riesgo de que este evento vuelva aparecer a casi el doble en relación con el resto de embarazadas. (23)

Hijo con malformaciones congénitas

Los factores genéticos y hereditarios juegan un papel importante, las malformaciones congénitas en un embarazo previo aumentan la recurrencia a pesar de que su origen es multifactorial en la gran mayoría de casos alrededor del 25 %. (3)

Peso al nacimiento

Un dato de mucha importancia es el peso en el nacimiento, un producto con peso menor a 2500 gramos, presentan un riesgo de hasta 5 veces mayor de un nacimiento de iguales características asociado a partos pretérminos. Por otra parte, la macrosomía se asocia a varios factores de riesgo como sobrepeso u obesidad materna, enfermedades tales como diabetes, el uso de forces, además de las maniobras descontinuadas en un embarazo sin control y valoración previa que requiere parto por cesárea por su peso y tamaño aumenta la mortalidad. (4)

Periodo intergenésico

En la historia clínica perinatal del Ministerio de Salud Pública del Ecuador el periodo intergenésico menor de un año se identifica como factor de riesgo, sin embargo, la OMS ha recomendado que el periodo intergenésico óptimo para un nuevo embarazo debía estar entre 18 y 27 meses sin superar los 60 meses, toda concepción que se encuentre fuera del rango aumentara el riesgo de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. (5,24)

Antecedentes de preeclampsia / eclampsia

Es indiscutible con la evidencia actual, que indica que los trastornos hipertensivos como preeclampsia y eclampsia tienen un patrón familiar o hereditario. Las hijas de madres que tuvieron preeclampsia tienen un riesgo del 30% de presentar esta patología. La gestante con registro de antecedentes de trastornos hipertensivos en embarazos anteriores, puede

presentar recurrencia en un 20% y tienen el 49% de probabilidades de complicaciones mayores relacionadas con patologías junto con otros resultados adversos del embarazo como restricción de crecimiento intrauterino, sepsis, parto prematuro, hipoglucemia y enterocolitis necrotizante. (6,7)

Cicatriz uterina previa

A mayor número de cesáreas aumentan los riesgos, es decir el antecedente de cirugías uterinas previas constituye un factor de presentar complicaciones durante el embarazo, parto y postparto tales como hemorragia obstétrica, placenta previa y dehiscencia de cicatriz. (6)

Sin control prenatal en embarazo de 20 semanas

Se recomienda la planificación previa al embarazo en caso de no ser posible el primer control debe realizarse en el primer trimestre, los controles prenatales son importantes, ya que permiten al profesional de salud realizar un seguimiento adecuado para disminuir la morbimortalidad materno neonatal, la Guía Práctica Clínica del MSP Control prenatal 2016 indica como mínimo 5 controles durante el embarazo para que se considere adecuado. (6)

Factores socioeconómicos

Son factores sociales, económicos y culturales que caracterizan a la gestante individualmente en la estructura social y permiten determinar si pertenece a un grupo desfavorecido. Entre ellos, destacamos el nivel escolar, el uso de sustancias adictivas y el comportamiento violento. (25)

Sin instrucción

Según datos publicados por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), los pacientes que nunca han sido instruidos tienen más probabilidades de encontrar una pareja sexual, quedar embarazadas y exponerse a infecciones de transmisión sexual, incluida la inmunodeficiencia humana, a una edad muy temprana. Que afecta el embarazo y sus hijos están potencialmente en riesgo. (25)

Alcoholismo, tabaco y drogas

El consumo de alcohol, tabaco y drogas o el hábito de ser fumadora pasiva en el embarazo es perjudicial tanto para la madre y el feto ya que estas sustancias atraviesan rápidamente la membrana placentaria y generan alteraciones del desarrollo a nivel del sistema nervioso central y cardiaco, que impiden una adecuada ganancia de peso fetal, riesgo de parto pretérmino, además sus consecuencias van más allá del nacimiento y se acompañan de problemas conductuales y de aprendizaje que se evidencian con. (23,25)

Violencia doméstica / disfunción familiar

Un problema social de gran impacto es la violencia doméstica, condición que genera gran vulnerabilidad para el desarrollo normal del embarazo ya que los daños físicos, psicológicos y sexuales conllevan a condiciones de estrés, sometimiento, depresión postparto y ansiedad a la madre, así como el riesgo de pérdida del embarazo, óbitos, bajo peso al nacer y desarrollo de trastornos hipertensivos. (7,26)

Callejizada, indigente

Las gestantes indigentes son un grupo social extremadamente vulnerable y están expuestas a varios riesgos de salud importantes, como enfermedades de transmisión sexual, VIH, parto prematuro, abandono del recién nacido y otros riesgos asociados con el consumo de alcohol y drogas. (25)

Factores nutricionales

Durante la visita prenatal se confirma el estado nutricional de la gestante, lo que determinará el impacto positivo o negativo en la evolución del embarazo. Estos factores son propensos a complicaciones, y el aumento de peso debe controlarse durante el embarazo independientemente del índice de masa corporal (IMC). (16)

Desnutrición

Según el IMC, una gestante puede iniciar su embarazo con un peso por debajo de su edad gestacional en base al momento de su primer control, lo que nos

llevará a determinar si existe ganancia suficiente, desnutrición e ingesta insuficiente de nutrientes dando lugar a aborto espontáneo, pretérmino el nacimiento y el bajo peso al nacer aumentan el riesgo. (11)

Obesidad

La incidencia de la obesidad ha aumentado en los últimos años, creando múltiples riesgos durante el embarazo, el parto y el puerperio, como el desarrollo de enfermedades como estas. La presencia de trastornos hipertensivos como diabetes gestacional, parto prematuro, macrosomía, muerte fetal y preeclampsia está estrechamente relacionada. (11)

Diabetes gestacional

Lo más recomendable es que todas las mujeres embarazadas tengan un nivel basal de azúcar en la sangre entre las semanas 7 y 12 de embarazo. Cuando el valor es igual o superior a 92 mg/dL, pero inferior a 126 mg/dL, puede indicar diabetes mellitus gestacional y requerir un manejo integral y oportuno para evitar complicaciones. (15)

Patología pélvico genital

Toda anomalía u enfermedad que afecte el canal vaginal y el trayecto genital, es un factor que predispone a desencadenar complicaciones tanto para la madre y su producto (20)

Patología cervical

El Papanicolau es un examen esencial para la mujer y en el embarazo no existen mayores contraindicaciones, el Papanicolau permite determinar la presencia de lesiones en el cérvix las mismas que pueden ser malignas o premalignas con la finalidad de evitar complicaciones durante la gestación (20)

Malformación urogenital

La presencia de anomalías anatómicas del aparato genital femenino produce problemas de infertilidad, pero si se logra el embarazo, se generan riesgos de complicaciones como abortos recurrentes, partos pretérminos, placenta previa

y obstrucción del canal del parto. (19)

Patología obstétrica Actual

Toda comorbilidad que presente la embarazada forma parte de los factores de riesgo contribuyendo con el impacto directo en la morbilidad materna neonatal. (27)

Infecciones vaginales a repetición

Las infecciones vaginales que pueden ser de tipo bacterianas, micóticas, parasitarias durante el embarazo y su recurrencia mayor a dos episodios y su mal manejo, contribuyen a la dilatación del cuello uterino, lo que conlleva al incremento del riesgo de aborto, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, parto pretérmino, inflamación endometrial y sepsis. (27)

Patología en la gestación actual (morbilidades)

Dentro de las morbilidades del embarazo si se tiene una gestación que se prolongue o sea mayor de 41 semanas esta va a aumentar el riesgo de complicaciones como óbito fetal e infecciones graves que finalicen con sepsis. (17)

Embarazo más DIU

Las mujeres con fracaso en el uso de este dispositivo intrauterino (DIU) como método anticonceptivo pueden tener algunas complicaciones como infecciones, riesgo incrementado de aborto, embarazo ectópico, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis y posteriormente sepsis. (3)

RH negativo sensibilizada (isoimmunizada) y no sensibilizada

La sensibilización Rh o isoimmunización en la embarazada sucede cuando la madre tiene tipo de sangre Rh negativo y el producto Rh positivo después de un aborto o parto, esto no afectará al recién nacido, pero provocará una enfermedad hemolítica en futuros embarazos. Por su parte si la paciente Rh negativa no expuesta o sensibilizada previamente. Debe investigarse y prevenir la sensibilización con aplicación oportuna de la vacuna inmunoglobulina anti D, luego de un aborto, hemorragia del primer trimestre,

placenta previa sangrante, embarazo ectópico, cordocentesis y puerperio. (8)

Discapacidad

La gestante con discapacidad física o intelectual constituye un grupo poblacional vulnerable para el desarrollo de complicaciones materno neonatales. (6)

Física

El embarazo en una mujer con discapacidad física evoluciona igual que una mujer sin discapacidad, sin embargo, el riesgo materno depende mucho de factores sociales y de accesibilidad a los servicios de salud, por su limitada movilidad, discriminación y comunicación. (28)

Intelectual

El riesgo del embarazo con discapacidad intelectual depende mucho del grado de déficit de su autonomía individual, que le permita libertad de tomar decisiones adecuadas e independientes. Dado que la discapacidad mayor tiene mucha vinculación con el abuso sexual y se opone a la concepción tradicional, esto conlleva a un riesgo mayor en el desarrollo de su embarazo. (28)

Embarazo de riesgo

Denominado como aquel en que se tiene la certeza o existe mayor probabilidad de presentar estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre y el producto, o bien, cuando la madre proviene de condiciones socioeconómicas precarias.

Embarazo sin riesgo o normal

Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la concepción y termina con el parto y el nacimiento del producto a término sin anomalías. Aquel que no cursa con criterios de riesgo y debe ser atendido por el primer nivel de complejidad.

Clasificación de riesgo obstétrico

El uso de una “escala o puntaje de riesgo” es una herramienta recomendada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) – Organización Mundial de la Salud (OMS) como una alternativa eficaz para detectar a las embarazadas de riesgo. Evaluamos la adecuación de la clasificación de riesgo obstétrico frente a los criterios de esta guía en base a la clasificación GPC de riesgo obstétrico de 2019. (29)

La evaluación y clasificación del riesgo obstétrico en la atención prenatal, con el fin de estandarizar la identificación y atención de los factores de riesgo de las gestantes, se deben seguir los siguientes pasos:

1. Evaluación e identificación de riesgo obstétrico.
2. Categorización mediante escala de riesgo obstétrico.
3. Atención de riesgos según categoría, tipología, nivel de atención y capacidad resolutive.
4. Prioridad de atención.

Una vez identificado el riesgo en función de la prioridad a la que pertenece la gestante, durante el proceso de captación se debe evaluar una clasificación o clasificación adecuada y se debe realizar un correcto seguimiento de la gestante, lo que se debe realizar en un orden que debe realizarse de acuerdo al proceso establecido por la clasificación y en la escala. Los puntajes obtenidos en la Escala se administran con base en las habilidades resolutive en cada nivel de atención. Para garantizar la continuidad de una atención de salud oportuna, eficiente y eficaz, la gestante debe ser trasladada del establecimiento médico de menor a mayor nivel de atención y/o complejidad, y viceversa, según lo establezcan las normas técnicas. Partiendo con el hecho de que no todas las personas tienen la misma probabilidad de desarrollar una patología y morir como resultado. Para clasificar poblaciones se utilizan herramientas como puntajes o escalas para identificar diversos factores asociados al riesgo a medir, dándoles una puntuación de acuerdo al peso de la enfermedad que se busca prevenir. (6)

La sumatoria de riesgo una vez establecidos se les da un puntaje según la

escala expuesta dentro de la GPC riesgo obstétrico 2019, en la gestante se obtiene un valor que permite agrupar en tres categorías:

Riesgo bajo o tipo 0

Embarazos de curso normal que no presenta ningún factor de riesgo identificado o que presenta factores de riesgo no relevantes en la evaluación.

Puntaje total en la escala de riesgo de 0 – 3.

Riesgo alto o tipo I

Embarazos con determinados factores de riesgo que por su presencia pueden generar potenciales complicaciones. Puntaje en la escala de riesgo de 4 - 6.

Riesgo muy alto o tipo II

Embarazos con factores de riesgo de alta relevancia que precisan medidas oportunas y manejo multidisciplinario. Puntaje en la escala de riesgo igual o mayor a 7. (6)

Referencia

Es un procedimiento mediante el cual un prestador de servicios de salud deriva a los usuarios de una unidad o institución de salud de una atención de menor complejidad a una de mayor o igual complejidad cuando la capacidad instalada sobrepasa los requerimientos de un problema de salud. El formulario utilizado para realizar este trámite es el 053.

Se recomienda consultar oportunamente las Guías de Práctica Clínica para el Control Prenatal del Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2016, y tomar decisiones correctas y oportunas para las gestantes que requieren cuidados adicionales y se les brinda atención secundaria.

Vulnerabilidad: Edad materna de 16 años o menos o de 35 años o más, violencia de género e intrafamiliar, discapacidad.

Antecedentes obstétricos de riesgo: aborto espontáneo recurrente, antecedentes de muerte fetal, amenaza de parto prematuro, trastornos hipertensivos del embarazo, aloinmunización, cirugía uterina previa, psicosis puerperal, gran multípara, etc.

Durante el embarazo: aumento de peso insuficiente o excesivo, riesgo de preeclampsia, sangrado en la primera o segunda mitad del embarazo,

infecciones vaginales o urinarias recurrentes, falta de parto a las 41 semanas de embarazo, presentación de nalgas, embarazo múltiple, producto pequeño o Mayor que la edad gestacional, productos de malformaciones congénitas, etc. Comorbilidades, tales como: enfermedad cardíaca, incluida la hipertensión gestacional, enfermedad endocrina, como diabetes o diabetes gestacional, enfermedad renal, enfermedad psiquiátrica, enfermedad de la sangre, enfermedad autoinmune, obesidad, lupus, VIH, hepatitis B, Hepatitis C, prueba de sífilis positiva; Pacientes Rh negativo; sospecha de embarazo ectópico o embarazo molar, muerte fetal; sospecha de malformación; hiperémesis gravídica, asma, consumo de drogas, epilepsia.

Se basó en estos criterios el investigador para considerar la referencia como una referencia realizada de manera oportuna dentro del objetivo de la investigación. (31)

La Plataforma de Registro en Salud (PRAS) es una herramienta utilizada en los consultorios destinados al registro de pacientes, en nuestro caso una fuente de información para las gestantes en tratamiento en el Centro de Salud Pascuales.

De acuerdo con lo establecido en el Modelo Integrado de Atención a la Salud (MAIS), las personas en riesgo deben ser evaluadas en función de la presencia de riesgo y la confluencia de factores que puedan representar una amenaza para su salud (Grupo II). Entre las gestantes de muy alto, alto o bajo riesgo, se clasificó el número de visitas domiciliarias según el criterio del investigador. Las visitas domiciliarias se consideran válidas cuando el equipo de salud integral realiza al menos tres actividades en cada hogar. Según el MAIS, para las gestantes de riesgo, además de buscar activamente el riesgo, se deben realizar dos visitas al año para que se desarrollen intervenciones tempranas. (10)

Dadas las diversas posibilidades o condiciones que pueden presentarse en función de los criterios de grado y gravedad, los pacientes pertenecientes al Grupo III pueden experimentar una mayor variación en las estrategias y frecuencia de evaluación y seguimiento. Enfermedades crónicas no

transmisibles de mayor riesgo, en cuyo caso el MAIS establece que se deben realizar al menos 3 consultas por año. Para este estudio, las visitas domiciliarias se realizarán cada 2 meses a partir de la fecha de inscripción como referencia, y si se cumple, este criterio se evaluará como adecuado, y los casos que no cumplan con los criterios establecidos por el investigador no recibirán una visita domiciliaria insuficiente resultado de evaluación variable. (10)

Diagnóstico

Para determinar el diagnóstico de estas embarazadas según sus riesgos se basará en la guía práctica clínica de control prenatal 2016, conjuntamente con la parte documental, todo lo que conlleva los controles prenatales, clasificaremos como adecuado o inadecuado según se cumplan los criterios de la guía clínica, tomando en consideración la capacidad resolutive del centro de salud. (16)

Dentro de los procedimientos diagnósticos para la clasificación del riesgo obstétrico independientemente de la edad gestacional, en la primera consulta, se recomienda ejecutar las siguientes acciones por parte de los profesionales de salud:

- Apertura de historia clínica prenatal base y libreta prenatal
- Calcular mediante fecha de la última menstruación, la fecha probable de parto, si no se tiene una fecha clara es de gran utilidad guiarse por la primera ecografía realizada.
- Medir y registrar signos vitales entre ellos presión arterial y aplicar escala score mama.
- Realizar la toma de peso y talla, evaluar peso preconcepcional mediante el índice de masa corporal (IMC), en el primer control, en los controles subsecuentes valorar la ganancia de peso mediante tablas establecidas
- Realizar una valoración integral determinar los factores de riesgo, clasificándolos como modificables o no modificables.
- Solicitar exámenes complementarios grupo sanguíneo y factor Rh, biometría hemática, química sanguínea entre ellos glucosa, perfil renal, perfil hepático, perfil lipídico, chagas, hepatitis, uroanálisis, perfil TORCH y VDRL, función

tiroidea si el caso lo amerita, para descartar trastornos que pudiesen complicar la gestación.

- Solicitar ecografía de preferencia entre las 11-14 semanas y/o, entre las 18-24 semanas de gestación. (30)

Ecografía

Se recomienda que la ecografía deba realizarse lo más temprano posible posterior a la confirmación de embarazo mayor efectividad si se la realiza entre las 11 y 14 semanas, la cual es de mucha utilidad para determinar la edad gestacional, viabilidad fetal, biometría fetal, anatomía fetal y diagnóstico de malformaciones, posterior a eso es recomendable realizar ecografía abdominal en los controles subsecuentes para verificar presentación, situación placentaria (16,30)

Score Mamá

Una de las herramientas más utilizadas es la escala de score Mama utilizada en todos los niveles de atención, que se basa en la puntuación de signos vitales cada signo vital, tiene una puntuación entre el 0 a 3. Dependiendo de la variabilidad de los signos vitales se les ha asignado un puntaje altamente para detectar precozmente los riesgos que influyen en la morbimortalidad del binomio madre hijo, dependiendo de la sumatoria se han seleccionado 3 claves obstétricas:

- Clave roja (Manejo de hemorragia obstétrica)
- Clave azul (Manejo de trastornos hipertensivos severos obstétricos)
- Clave amarilla (Manejo de sepsis o choque séptico obstétrico) (32)

Tratamiento

A continuación, se detallan los principales tratamientos según la enfermedad que presenten basándose en la guía práctica clínica del ministerio de salud correspondiente, dentro de las recomendaciones para el tratamiento farmacológico se tiene que la prescripción debe ser segura manteniendo precaución, seguridad y eficacia manifestándole los riesgos o daños que los fármacos pudiesen causar durante la gestación.

Si se tratase de una mujer Rh negativas, no sensibilizadas se recomienda la profilaxis anti-D posterior a esto repetir a las 28 semanas de gestación de acuerdo a su estado inmunológico relacionado con Rh.

En el caso de la anemia dentro del análisis de los exámenes de laboratorio se encuentra un valor de hemoglobina por debajo de 12 y en el segundo trimestre el valor referencial es 10.5 mg/dl se debe realizar la reposición según fórmula como lo menciona la guía clínica de anemia en el embarazo.

En el caso de que la gestante tenga un resultado reactivo durante el tamizaje de HIV, se recomienda ejecutar una nueva prueba de mayor complejidad, si el resultado sigue siendo positivo se dispondrá el uso en un curso corto de fármacos antirretrovirales intraparto, cesárea a las 38 semanas de gestación y suspensión de lactancia en madres portadoras, con la finalidad de reducir la transmisión vertical.

Resultado del tamizaje de detección de Sífilis positivo se recomienda ser referida a especialista en Gineco-obstetricia para tratamiento que consiste en a dosificación y aplicación de penicilina benzatínica intramuscular.

Pese a que se cuente con un resultado negativo del uroanálisis, pero si presenta clínica urinaria, es recomendable dar tratamiento, además existe el alto índice de bacteriuria asintomática e infecciones urinarias recurrentes, se recomienda un urocultivo para determinar el agente causal, reduciendo el riesgo de parto pretermino.

TSH realizar a todas las mujeres con una historia o síntomas de enfermedad tiroidea u otras condiciones asociadas con enfermedad tiroidea, antes de suspender o continuar tratamiento, lo ideal es que sea valorada por un endocrinólogo (16,30)

En el caso de las gestantes que posterior a la prueba de tolerancia oral positiva o que tengan diabetes preexistentes el tratamiento de elección se basa en la aplicación según esquema de insulina.

Como tratamiento profiláctico se recomienda el uso preconcepcional de: Ácido fólico 0.4 mg + 60 mg de hierro elemental por vía oral al día, si presenta criterios para desarrollar trastornos hipertensivos durante la gestación se recomienda la suplementación de 1.5 a 2 gramos de carbonato de calcio al día y adicional de 75 a 100 mg de ácido acetilsalicílico todos los días a partir de las 12 semanas de embarazo hasta el parto. (30)

4.2 Antecedentes de la investigación

Para el año 2017 el autor Gamez en Nicaragua realizo el estudio descriptivo de corte transversal y prospectivo denominando: conocimientos, actitudes y prácticas en la atención prenatal del personal de salud que atiende embarazada de bajo riesgo en el municipio San Dionisio, Matagalpa con los siguientes resultados al evaluar a 30 trabajadores de la salud de los cuales se obtuvo una muestra de 28 sujetos correspondientes al 95% se obtuvieron mediante guías de observación y encuesta. Los principales resultados fueron que el 50% del personal de salud tienen entre 20 a 34 años, el 46.4% tenía entre 35 a 49 años y un 3.5% de 50 años a más, con respecto al perfil profesional el 28.5% son médicos general, el 14.2% licenciadas en enfermería, el 35.7% enfermeras auxiliares, y un 21.4% auxiliar del MOSAFC, en experiencia laboral un 14.5% tenían entre 0 a 5 años de laborar, el 21.4% de 6 a 10 años, un 21.4% de 11 a 20 años, y un 7.10% de 20 años a más, sobre concepto de atención prenatal el 89.2 % tiene conocimientos y el 10.7% no tiene conocimiento, en cuanto a requisitos básicos de atención prenatal el 89.2% los conocen y el 10.7% no los conocen, la clasificación de riesgo atención prenatal el 3.5% no poseen conocimientos sobre la nueva clasificación y el 96.4% del personal poseen conocimientos sobre la nueva clasificación de riesgo. (33)

En el estudio del autor Piña realizado en Ecuador en el año 2020 denominado determinantes sociales de la salud que influyen en la adherencia al control prenatal, estudio descriptivo con los siguientes resultados: as gestantes recibieron atención y fueron registradas en 3 lugares diferentes durante el año

2017, En el Establecimiento se registraron 37 gestantes atendidas, seguido de atenciones recibidas en la Comunidad en 23 gestantes y en domicilio se registran 3 gestantes atendidas, además, fueron registradas 25 gestantes como primera atención y 38 como atenciones subsecuentes. 22 gestantes han recibido un control prenatal durante enero a diciembre del 2017 lo que representan a un 34.9%, 14 gestantes dos controles y 15 gestantes tres controles, recordando que la norma de control prenatal en el MSP establece un mínimo de cinco controles prenatales durante todo el embarazo para garantizar un adecuado seguimiento y solamente seis gestantes han recibido el control prenatal dentro de la normativa, representando el 9,5% del total, evidenciando que no se están proporcionando las atenciones necesarias a las gestantes. (34)

En el trabajo investigativo de Ortiz realizado en Colombia en el año 2017 titulado Adherencia a guías de atención de control prenatal en red pública de subregión norte, departamento de Magdalena con los siguientes resultados, Del total de los siete hospitales solo uno (14,2%) cumple con la Clasificación del riesgo obstétrico a las embarazadas en control prenatal, es decir que el médico identifica los factores de riesgo, evalúa los cambios y hace recomendaciones al respecto. Este hospital está en el 100% de cumplimiento, y se ubica como óptimo, con respecto al ítem de los controles y exámenes de laboratorio, se estableció que ningún hospital cumplió al 100%, únicamente un hospital logró un 89% ubicándolo en la semaforización de medio. Con referencia al ítem de la Historia Clínica y carné Materno Perinatal se determina que solo tres (42,5%) hospitales cumplieron al 100% óptimo. En cuanto a los signos de alarma, se establece que un hospital (28,5%) indaga este ítem con un promedio de 92,5%, y se clasifica como medio. (35)

5 MÉTODOS

5.1 Nivel de la investigación.

De acuerdo con la línea de investigación seleccionada, el nivel de este estudio es descriptivo.

5.2 Tipo de investigación.

Se desarrolló una investigación de tipo observacional, ya que no hubo manipulación del objeto de estudio (gestantes).

5.3 Diseño de investigación.

Estudio observacional porque no se intervendrá ni se manipula el objeto de estudio, descriptivo no se analizarán eventos causantes, de corte transversal porque se medirán las variables una sola vez, ambispectivo porque los datos se recogieron de fuentes primaria (encuesta) y secundaria (PRAS).

5.4 Justificación de la elección del método

Los resultados de este estudio contribuirán a determinar, las similitudes y las diferencias de los diversos instrumentos que se utilizan para clasificar el riesgo obstétrico en cada consulta y a su vez el seguimiento adecuado de estas, lo que permitirá reducir la morbilidad materna y neonatal. Para esto es vital determinar a través de una encuesta el conocimiento de los profesionales de la salud sobre la clasificación de riesgo obstétrico, mientras se coteja si esta valoración es adecuada, así como el seguimiento, lo que permitirán los datos recolectados en el PRAS.

5.5 Población de estudio.

La población de estudio estuvo constituida por todos los profesionales que brindan atención a embarazadas en el centro de salud Pascuales, además todas las gestantes pertenecientes a los consultorios 14, 15, 16, 17, 18 y 20 que fueron atendidas durante el primer trimestre del 2021 y que constan en el PRAS.

5.5.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.

La elección de la población de estudio respondió a los objetivos de la investigación, se incluyeron todos los profesionales que brindan atención a embarazadas en el centro de salud Pascuales, además todas las gestantes pertenecientes a los consultorios 14, 15, 16, 17, 18 y 20 que fueron atendidas durante el primer trimestre del 2021, que constan en el PRAS.

5.5.2 Criterios de inclusión.

Profesionales que brindan atención en el centro de salud Pascuales, incluidos en la población de estudio que aceptan participar en la investigación y firman el consentimiento informado.

5.5.3 Criterios de exclusión

Profesionales de la salud que no deseen participar y que no es posible contactar en más de tres ocasiones.

5.6 Procedimiento de recolección de la información

La investigación contó con la aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Durante su realización se cumplieron las normas establecidas en el reglamento de ética para las investigaciones del Ecuador y en la Declaración de Helsinki.

Se realizó por parte del investigador una revisión documental en detalle de las distintas clasificaciones de riesgo que se utilizan en el Sistema de Salud del Ecuador y de esta manera darle salida al primer objetivo sobre las concordancias y discrepancias entre los instrumentos utilizados para la clasificación y seguimiento del riesgo obstétrico en el Ministerio de Salud Pública.

A continuación, se informó a los profesionales que brindan atención en el centro de salud Pascuales incluidos en la población de estudio, sobre la importancia y características del estudio para desarrollar la investigación y se solicitó la firma del consentimiento informado.

Seguidamente, se aplicó una encuesta dirigida a los profesionales que atienden embarazadas en el centro de salud Pascuales, la cual fue elaborada por el investigador con el objetivo de determinar el conocimiento de estos acerca de la categorización de riesgo obstétrico. Esta encuesta fue elaborada por el investigador y validada por cuatro expertos; dos médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia y dos médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria utilizando los criterios de Moriyama.

Por otra parte, se obtuvo la relación de gestantes atendidas en los consultorios 14, 15, 16, 17, 18 y 20 de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales y que aparecían en el PRAS, permitiendo la caracterización según variables sociodemográficas. A continuación, basada en la GPC para riesgo obstétrico 2019 se clasificaron los riesgos y seguidamente se evaluó el seguimiento según esa categorización que estaba registrada en el PRAS. Los conocimientos se midieron según la clasificación de riesgo obstétrico vigente en la actualidad, además de las interconsultas que se realizan en los diferentes niveles mediante la encuesta basándose en lo establecido en las guías clínicas del país.

Se consideró el seguimiento como adecuado o inadecuado, valorando el número de controles según la GPC control prenatal de 2016, catalogándose como adecuado si tuvo cinco o más controles durante el embarazo. El número de visitas domiciliarias, según lo establecido por el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), refiere un control bimensual como adecuado e inadecuado cuando no se cumpla este criterio.

Las referencias realizadas oportunamente se evaluaron mediante los criterios que se manejan en la GPC control prenatal de 2016 si se cumplen como realizadas oportunamente, además a donde van dirigidas ya sean en cualquiera de los niveles de salud.

El tratamiento se basó según la normativa de los diferentes riesgos expuestos en las GPC del Ministerio de Salud Pública del control prenatal 2016, además del tipo de tratamiento según el problema de salud que presentó la gestante

durante su atención, recogido en el sistema PRAS, si se cumplen tendrá una valoración adecuada o inadecuada si no se cumple.

5.7 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variable	Tipo de técnica
Edad de los profesionales	Encuesta
Sexo de los profesionales	Encuesta
Profesión	Encuesta
Título de cuarto nivel	Encuesta
Años de experiencia laboral	Encuesta
Conocimiento sobre la clasificación de riesgo obstétrico vigente de los profesionales	Encuesta
Edad de las embarazadas	Documental
Etnia de las embarazadas	Documental
Ingreso económico de las embarazadas	Documental
Escolaridad de las embarazadas	Documental
Ocupación de las embarazadas	Documental
Captación de la gestación	Documental
Diagnóstico del riesgo obstétrico	Documental
Controles realizados	Documental
Visitas domiciliarias realizadas	Documental
Interconsultas realizadas según el riesgo	Documental
Referencias médicas realizadas según el riesgo	Documental
Tratamientos indicados según la clasificación de riesgo	Documental
Seguimiento según la clasificación de riesgo	Documental

5.8 Técnicas de análisis estadístico

Los datos fueron ingresados a una tabla del programa Microsoft Excel 2013, transcribiendo las variables para las columnas y las filas para cada una de las unidades de estudio; se exportó al programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 26.0 (2019).

El análisis estadístico se realizó con el cálculo de números y porcentajes para el resumen de las variables cualitativas, la información se presentará en forma de tablas para su mejor comprensión para la posterior presentación de los resultados en tablas y gráficos.

5.9 Variables

5.9.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidades, categorías o valor final	Tipo/Escala
Edad del profesional	Edad (grupos quinquenales)	20-24 años 25-29 años 30-34 años 35-39 años 40-44 años 45-49 años 50-54 años 55-59 años 60 y más	Cuantitativa discreta
Sexo del profesional	Sexo	Masculino Femenino	Cualitativa nominal
Profesión	Profesión	Obstetriz Medico general Posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitario	Cualitativa nominal
Título de cuarto nivel	Título de cuarto nivel culminado	Msc. Epidemiología Msc. Gerencia en salud Msc. Seguridad y Medicina ocupacional Especialista Medicina Familiar y Comunitaria Otras Ninguna	Cualitativa nominal
Años de experiencia laboral	Años en los que ha laborado en su profesión	Menos de un año 1-4 años 5-9 años 10-14 años 15 y más años	Cuantitativa discreta
Conocimiento sobre la clasificación de riesgo obstétrico vigente de los profesionales	Conocimiento sobre la clasificación de riesgo obstétrico vigente de los profesionales	Conocen No conocen	Cualitativa nominal
Edad de las embarazadas	Edad (grupos quinquenales)	10-14 años 15-19 años 20-24 años 25-29 años 30-34 años	Cuantitativa discreta

		35-39 años 40-44 años 45 y más.	
Etnia de las embarazadas	Autoidentificación étnica	Indígena Afroecuatoriano(a) Negro(a) Mulato(a) Montubio(a) Mestizo(a) Blanco(a) Otro	Cualitativa nominal
Ingreso económico de las embarazadas	Ingresos mensuales de cada miembro de la familia divididos entre el número de integrantes	Adecuada Inadecuado	Cualitativa ordinal
Escolaridad de las embarazadas	Nivel escolar alcanzado	Ninguna (analfabetismo) Primaria sin terminar Primaria terminada Secundaria terminada Bachillerato terminado Universitaria terminada Posgrado terminado	Cualitativa ordinal
Ocupación de las embarazadas	Ocupación	Empleada pública Empleada privada Cuenta propia Ama de casa Trabajadora no remunerada Estudiante Desempleada Otra	Cualitativa nominal
Captación de la gestación	Trimestre en el que se realizó la captación de la gestación	1er trimestre 2do trimestre 3er trimestre	Cualitativa ordinal
Diagnóstico del riesgo obstétrico	Categoría según la clasificación del riesgo obstétrico	Bajo riesgo Alto riesgo Muy alto riesgo	Cualitativa ordinal
Controles realizados	Número de controles médicos realizados durante la gestación	Adecuado (5 y más) Inadecuado (menores de 5)	Cualitativa ordinal
Visitas domiciliarias realizadas	Frecuencia de visitas domiciliarias	Mensual Bimensual Trimestral	Cualitativa ordinal

	realizadas durante la gestación	Semestral Otras	
Interconsultas realizadas según el riesgo	Interconsultas por especialidades realizadas según riesgo	Medicina Familiar y Comunitaria Odontología Psicología Otras Todas Ninguna	Cualitativa nominal
Referencias médicas realizadas según el riesgo	Referencias médicas realizadas según el riesgo de manera oportuna	Ginecobstetricia Medicina Interna Genética Clínica Nutrición Psiquiatría Otras Ninguna	Cualitativa nominal
Tratamientos indicados según la clasificación de riesgo	Valoración de los tratamientos indicados según los riesgos de la gestante	Adecuado No adecuado	Cualitativa nominal
Seguimiento según la clasificación de riesgo	Valoración del seguimiento realizado a la gestante según sus riesgos	Adecuado No adecuado	Cualitativa nominal

6 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este estudio se valoraron las concordancias y discrepancias en las diferentes herramientas que se usan habitualmente para caracterizar a las gestantes en el país, las más utilizadas son riesgo obstétrico del AIEPI, riesgo obstétrico PRAS Y riesgo obstétrico según guía práctica clínica del 2016 todas tienen la finalidad de estratificar a las gestantes según los criterios que cumplan para los riesgos maternos que ponen en riesgo al binomio materno infantil, otra de las similitudes es que se manejan bajo agrupaciones es decir bajo criterios de selección de cualidades y enfermedades las cuales aumentan el riesgo, clasificadas en tres grupos, se aplican con cada control prenatal o visita domiciliaria realizada, utilizar predictiva en la evolución de la gestación, son de manejo práctico y didáctico de conocimiento público fácil de utilizar por todos los profesionales de la salud, estas herramientas se encuentran normadas válidas por el Sistema de salud.

Las diferencias que se evidenciaron en esta investigación radica en la categorización de riesgo el AIEPI agrupa enfermedades o situaciones que ponen en riesgo a las gestantes en los diferentes grupos maneja la descripción de riesgo bajo, alto y riesgo inminente, se lo tomo como punto de partida comparativo con la Guía Práctica clínica del 2016 de riesgo obstétrico que al igual que el AIEPI encasilla a las embarazadas según los riesgos, pero este basa en un manejo de puntuación es decir a mayor cantidad de argumentos o patologías el riesgo sube, existen enfermedades que se encuentran encasilladas en el AIEPI como riesgo alto, bajo o inminente que por la Guía Práctica clínica que si no existe otra cualidad o enfermedad no concuerdan con esa clasificación, lo mismo ocurre con el riesgo obstétrico del PRAS, que por diagnóstico los encasilla directamente según el riesgo patologías que no precisamente son de alto riesgo por el diagnóstico pasan a formar parte de este grupo dando una limitada opción de colocar un comentario el porqué no se refiere a la paciente si está frente a un riesgo inminente, los datos de estas herramientas no coinciden entre sí lo que produce una clasificación errónea por una clasificación es valedera en otra.

Tabla 1. Distribución de los profesionales según edad. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Edad (grupos quinquenales)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
20 - 24 años	0	0,0	0	0,0	0	0,0
25 - 29 años	1	2,9	2	5,7	3	8,6
30 - 34 años	1	2,9	11	31,3	12	34,3
35 - 39 años	2	5,7	8	22,9	10	28,6
40 - 44 años	1	2,9	1	2,9	2	5,7
45 - 49 años	0	0,0	3	8,6	3	8,6
50 - 54 años	0	0,0	3	8,6	3	8,6
55 - 59 años	1	2,9	1	2,9	2	5,7
60 y mas	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	6	17, 1	29	82,9	35	100

En la tabla # 1 la edad promedio de los profesionales de salud, el 34.3% de la población se encontraron dentro del grupo quinquenal entre 30 – 34 años, seguido del 28,6 % que correspondieron a los profesionales con edades entre 35 – 39 años, siendo el sexo femenino el de mayor prevalencia del 82,9% de la población total que corresponde a 35 profesionales.

El artículo científico del Dr. Boris Suárez denominado publicación científica de los profesionales de la Salud camagüeyanos: Conocimiento, motivaciones y cumplimiento de normas éticas del año 2010, existe predominio del grupo etario de 41 a 50 años que representan el 43,2% del total de 100 profesionales con el que contó este estudio, Los resultados no concuerdan con los resultados de este estudio (36)

En el estudio científico del Dr. Johnny Casanova, denominado factores asociados en la percepción del médico sobre la relación médico-paciente en el año 2015 en el Perú, quien evaluó 30 médicos especialistas con una media

etaria de 53.57 años, estudio que no se relaciona con los resultados obtenidos. (37)

El artículo científico del autor Berrío del año 2017 denominado factores que influyen en la calidad de la atención en salud de los usuarios en el hospital San Juan de Dios del Carmen de Viboral Colombia, no se relaciona con el resultado que se obtuvo en esta investigación, ya que se tiene una edad que predomina entre 30 y 34 años de edad. (38)

Tabla 2. Distribución de los profesionales según sexo. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Sexo	No	%
Femenino	29	82,9
Masculino	6	17,1
Total	30	100

En la tabla # 2, la distribución de los profesionales según el sexo predominó el sexo femenino con el 82,9%, seguido del 17,1% al sexo masculino, esto no depende de las capacidades intelectuales, pero sí depende del personal de talento humano que se encuentra distribuido en la unidad de salud Pascuales.

En la redacción del autor Barnés 2017, en un estudio comparativo de géneros el cual se relaciona con este análisis. (39)

Por su parte en el estudio de Jorge Ruiz denominado Conocimiento de las medidas de bioseguridad en personal de salud, cuyo resultado de los profesionales evaluados que la población femenina corresponde al 71,5%, mientras que aproximadamente el 28,5% es masculino de una muestra total de 567 trabajadores datos que se relacionan con los resultados de este estudio. (40)

En el estudio, conocimiento y percepciones médicas sobre la fisioterapia y el trabajo interdisciplinario de la autora Cyntia Estrada, se tiene como resultado

de 158 profesionales de salud, dentro de los cuales la población femenina prevaleció con un 62.7% que corresponde a 99 profesionales mientras que se obtuvo en la población masculina el 37.3% de un total de 59 profesionales datos que se relacionan con los resultados obtenidos en este estudio. (41)

Tabla 3. Distribución de los profesionales según ocupación. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Profesión	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria	5	14,3	23	65,7	28	80,0
Especialista en Medicina Familiar y Comunitario	0	0,0	3	8,6	3	8,6
Médico general	1	2,9	1	2,9	2	5,7
Obstetriz	0	0,0	2	5,7	2	5,7
Total	6	17,1	29	82,9	35	100

En la distribución de los profesionales según ocupación predominó con el 82,9% los posgradistas de medicina familiar y comunitaria, de los cuales el sexo femenino representó el 65,7% y el 14,3% por el sexo masculino.

En el estudio Síndrome de Burnout y la satisfacción laboral en profesionales de la salud, de la autora Rosario Yslado, dentro del análisis se tiene como resultado que la población mayor que se estudió fueron las licenciadas de enfermería en un 47.5% que corresponde a 84 profesionales, de igual manera para los médicos el 26.0% de los 46 profesionales en una muestra de 177 profesionales de la salud, dato que no concuerda con los resultados de este estudio. (42)

Por su parte, los autores Ramos y Bobbio en su trabajo denominado satisfacción laboral y factores asociados en personal asistencial médico y no médico de un hospital nacional de Lima-Perú donde distribuye a los profesionales como médicos, no médicos y técnicos, cuyos resultados fueron personal técnico 87 profesionales con un 38.32%, médicos 75 con un 33.03%,

enfermeras obstétricas 65 de un total del 28.6% datos que no se relacionan con nuestro estudio. (43)

En el trabajo de titulación de la autora Rojas Katty, denominado relación entre el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas respecto a los enfoques de la sexualidad de los profesionales de la salud. Instituto nacional de salud del niño - 2019 el resultado que predominó de los profesionales evaluados fueron las enfermeras 162 que corresponde al 58.48% seguido de los médicos 99 corresponde al 35.74%, dejando en último lugar a las obstétricas con un 0.36% que corresponde a 1 de la muestra que fue 277 profesionales de la salud, no es relacionado con este estudio. (44)

Tabla 4. Distribución de los profesional según título de cuarto nivel culminado. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Título de cuarto nivel culminado	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Ninguna	3	8,6	19	54,3	22	62,9
Msc. Seguridad y Medicina ocupacional	1	2,9	3	8,6	4	11,4
Especialista Medicina Familiar y Comunitaria	0	0,0	3	8,6	3	8,6
Otras	1	2,9	2	5,7	3	8,6
Msc. Gerencia en salud	0	0,0	2	5,7	2	5,7
Msc. Epidemiología	1	2,9	0	0,0	1	2,9
Total	6	17,1	29	82,9	35	100

Según la tabla # 4. En la cual se valoró la distribución de los profesionales con título de cuarto nivel, el 62,9% no contaron con estudios de cuarto nivel, seguido de un-11,4% Máster en Seguridad y Medicina ocupacional.

El artículo de Marrero. Cuba. Del año 2015. Nos permite analizar los factores físicos, químicos y psicosociales, condicionantes en el medio ambiente laboral que se han estudiado y que determinan la relación trabajo-embarazo para que este llegue a feliz término sin complicaciones. La gran parte de estos estudios

de cuarto nivel son relevantes, ya que están relacionados con la salud pública que enmarca todo lo concerniente en la administración de los servicios de salud, contribuyen en una parte y son títulos que se han logrado por superación personal, pero de todos los estudios que se tiene en la investigación al relacionarlo el de mayor importancia es la especialidad de medicina Familiar y Comunitario y solo corresponde al 11,4%, ya que el porcentaje mayor son posgradistas médicos en formación que una vez culminados sus estudios formaran parte del sistema de salud, la especialidad como tal forma parte de uno de los pilares principales en el primer nivel de atención. (45)

En el artículo de Hernández. Cuba. 2019, menciona la importancia de la Medicina Familiar y Comunitaria, la idoneidad para realizar las intervenciones médicas necesarias en el contexto de la atención primaria de salud, como lo busca el nuevo modelo de salud. Al relacionarlo guarda relación en el beneficio de la Medicina Familiar en el primer nivel, pero no se evalúan si existe un estudio comparativo sobre que título de cuarto nivel tiene un adecuado manejo de estos eventos. (46)

En el artículo de Sandoya realizado en Uruguay 2010, menciona las competencias del médico de primer nivel de atención médico de primer nivel debe desarrollar el autoaprendizaje, así como el interés en actualizar sus conocimientos, participando de programas de desarrollo profesional continuo y es precisamente lo que se evalúa en este artículo a pesar de estar en un porcentaje relativo bajo, nos encontramos frente a posgradistas que con el pasar de los años serán especialistas y contribuir a la salud, este estudio fue escogido para resaltar la importancia de los estudios superiores ayudan al desarrollo de competencias en beneficio de los usuarios del servicio de salud.(47)

Tabla 5. Distribución de los profesionales según años de experiencia laboral. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Años de experiencia laboral	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
1-4 años	1	2,9	6	17,1	7	20,0
5-9 años	3	8,6	13	37,1	16	45,7
10-14 años	0	0,0	5	14,3	5	14,3
15 y más años	2	5,7	5	14,3	7	20,0
Total	6	17,1	29	82,9	35	100

En la investigación se observó que del total de la población estudiada predominó que el 45,7% de los profesionales tenían entre 5 – 9 años de experiencia, de los cuales el 37,1% pertenece al sexo femenino y el 8,6% al sexo masculino.

En el estudio denominado Perfil y situación laboral del médico joven egresado de una facultad de medicina de Lambayeque, 2013 de la autora Guevara, dentro de sus resultados se tiene la trayectoria laboral continua entre 1 a 3 años con el 49.1% corresponde a 113 profesionales de los 230 evaluados, datos que no concuerdan con este estudio. (48)

Por su parte Sobrequés en su estudio denominado, la satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria, donde evalúan a 603 profesionales de la salud, el 82% que corresponde a 495 profesionales cuentan con experiencia laboral mayor a tres años, por tanto, no se relaciona con este estudio. (49)

En el estudio de Matía Cubillo denominado evolución del burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria se evalúa la experiencia laboral encasillándolo en dos grupos menores de 10 años y mayores de 10 años, cabe recalcar que se introducen en el estudio nuevos participantes y se restan a los que fallecieron en el mismo dando un total de 325 profesionales

distribuidos con mayor frecuencia entre los que tienen más de 10 años de experiencia con un 54.8% lo que equivale a 177 profesionales, datos que se relacionan con este estudio. (50)

Tabla 6. Distribución de los profesionales según conocimiento sobre la clasificación de riesgo obstétrico vigente. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Conocimiento sobre la clasificación de riesgo obstétrico vigente de los profesionales	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Conocen	5	14,3	24	68,6	29	82,9
No conocen	1	2,9	5	14,3	6	17,1
Total	6	17,1	29	82,9	35	100

En la investigación se logró observar que el 82,9% de los profesionales evaluados conocen sobre la clasificación de riesgo obstétrico vigente, mientras que el 17,1% no la conocen.

En el artículo de revisión del autor Gámez de Nicaragua del año 2018 como resultados concluye que en el centro de salud de San Dionisio el personal de salud que atiende embarazadas lo conforman: médicos generales, Licenciados en enfermería, enfermeras auxiliares, y auxiliar donde se evaluó el conocimiento del personal de salud que laboran en este municipio, se evalúa como bueno, la mayoría del personal de salud presenta actitud positiva durante la realización de la atención prenatal es en su mayoría positiva, datos relacionados nos la investigación tienen una estrecha relación.

En el artículo de la autora Martínez que se basa en la evaluación de los conocimientos de la calidad del programa de control prenatal estudio realizado en Colombia en el año 2014, como resultado manifiesta que existe una muy Buena competencia efectiva de los conocimientos durante la evaluación dato que al relacionarlo con nuestro estudio guarda relación. (33)

Un estudio de gran interés es el que realizó la autora Ortiz en Colombia en el

año 2018, que nos da como resultado del total de los siete hospitales evaluados solo uno (14,2%) cumple con la Clasificación del Riesgo obstétrico a las embarazadas en control prenatal, es decir que el médico identifica los factores de riesgo, evalúa los cambios y hace recomendaciones al respecto. Este hospital está en el 100% de cumplimiento, y se ubica como óptimo en la semaforización de la tabla, dato que es diferente al obtenido en este trabajo investigativo, algo que puede influir son los diferentes niveles, este estudio fue dirigido en el primer nivel de atención con un alto índice de conocimientos de las guías relacionadas con el control prenatal. (35)

Tabla 7. Distribución de las gestantes según edad. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Edad (grupos quinquenales)	No	%
10-14 años	2	3,2
15-19 años	23	36,5
20-24 años	12	19,0
25-29 años	11	17,5
30-34 años	9	14,3
35-39 años	6	9,5
40-44 años	0	0,0
45 y más.	0	0,0
Total	63	100

En la tabla número 7. Se observa que del total de la población estudiada se obtuvo como resultado que el 36,5% de las gestantes se encuentran entre los 15 – 19 años, seguido por el 19% de las gestantes entre 20 – 24 años.

La edad es una de las variables sociodemográficas que habitualmente se controlan en los estudios epidemiológicos dada su posible influencia en los resultados.

En el estudio Nivel de riesgos obstétrico en embarazadas que acuden a un centro de primer nivel de atención del año 2017 de la autora Olga Barragán Hernández, los resultados no se relacionan, ya que tuvo como resultado un mayor número de registros entre los 19 a 25 años correspondiente al 45.5%

de las gestantes estudiadas dato significativo, ya que la edad es uno de los contribuyentes en la designación de riesgo obstétrico teniendo mayor riesgo aquellas que se encuentren en los extremos de la vida reproductiva.(51)

El estudio de la autora Miranda en el año 2016 realizado en Colombia, los resultados de una población predominante de entre 18 y 24 años el 48.1% son 351 gestantes de las 720 gestantes evaluadas, datos que al relacionar nuestro estudio no tienen similitud, ya que en los estudios anteriores son más frecuentes los adolescentes menores de 19 años en esta comunidad. (52)

En el artículo del autor Piña llevado a cabo en el 2019 en el Ecuador se relacionan sus resultados, ya que si bien menciona un aumento en los extremos de la vida fértil los agrupa en menores de 14 años y mayores de 39 años un porcentaje de 14.3% en nuestro estudio el grupo predominante entre 15 a 19 años con el 36.5% de las 63 evaluadas afectando más a las adolescentes. (53)

Tabla 8. Distribución de las gestantes según etnia. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Autoidentificación étnica	No	%
Mestizo(a)	56	88,9
Negro(a)	7	11,1
Indígena	0	0,0
Mulato(a)	0	0,0
Montubio(a)	0	0,0
Afroecuatoriano(a)	0	0,0
Blanco(a)	0	0,0
Otro	0	0,0
Total	63	100

Predominó en nuestro estudio las embarazadas de etnia mestiza con el 88,9% seguido con el 11,1 la etnia negra.

En el trabajo investigativo de los autores Pupiales y Quezpas en el Ecuador

en el año 2016 tiene como resultado en el análisis de 159 gestantes, 89 de ellas se autoconsideran mestiza que corresponde al 55.97% seguido de la etnia indígena 35.22% que corresponde a 52 gestantes dato que al relacionarlo concuerda con nuestro estudio la etnia predominante es la mestiza. (54)

En el artículo del autor Sánchez realizado en Ecuador en el año 2016 se evidencian los siguientes resultados del grupo étnico mestizo, el 90,6% del total de 365 gestantes que participaron en el programa, 326 se autoidentificaron como etnia mestiza al relacionarlo con el estudio que se realizó concuerda con la autoidentificación étnica. (55)

En el artículo de la autora Caceres del Ecuador en el año 2019 en la evaluación de 50 gestantes tenemos que el 82% que corresponde a 41 embarazadas se consideran de etnia mestiza al relacionarlo por ser un país cercano de la misma región comparte esta autoidentificación. (56)

Tabla 9. Distribución de las gestantes según ingreso económico. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Ingreso económico de las gestantes	No	%
Inadecuado	38	60,3
Adecuada	25	39,7
Total	63	100

En la table # 9 los resultados obtenidos el 60,3% tuvieron ingresos económicos inadecuados, seguido del 39,7% de estas tienen ingresos adecuados

Por su parte en el estudio utilización del control prenatal en gestantes de la delegación Iztapalapa, distrito federal de México, de la autora Irma Castillo Dávila de la universidad de Manizales Colombia tiene como resultados la división del estrato social en cuatro clases, baja, media, media alta y alta, de las 135 gestantes se tiene el 0.7% pertenece a gestantes del estrato social

bajo, 14.8% un total de 20 gestantes al estrato medio, el estrato social medio bajo el 83.7% corresponde a 111 gestantes y el estrato alto el 0.7% corresponde a 1 gestante al compararlo con el estudio que realizamos existen muchas diferencias en los estratos económicos, ya que en el Ecuador existe un gran índice de pobreza. (57)

En el trabajo investigativo de la autora Moposita estudio hecho en el Ecuador en el año 2021. Tiene como resultado la valoración socioeconómica de la población Alto 0 0%, Medio alto 8 representa el 19% Medio típico, 15 corresponde 36%, Medio bajo 9 gestantes el 21%, Bajo 10 embarazadas el 22%, en nuestro país existen zonas donde se encuentra niveles muy altos de pobreza al relacionar este estudio tiene similitud en los resultados. (58)

En el trabajo investigativo de Fortich estudio ejecutado en Colombia en el 2017, divide en 4 estratos económicos a las gestantes evaluadas las 659 gestantes evaluadas el 85,28 % es decir 562 embarazadas pertenecen al estrato 1 o bajo dato relacionado por la economía de la región. (59)

Tabla 10. Distribución de las gestantes según escolaridad. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Nivel escolar alcanzado	No	%
Ninguna (analfabetismo)	0	0,0
Primaria sin terminar	0	0,0
Primaria terminada	9	14,3
Secundaria terminada	29	46,0
Bachillerato terminado	24	38,1
Universitaria terminada	1	1,6
Posgrado terminado	0	0,0
Total	63	100

En la tabla # 10. La distribución de las gestantes según escolaridad se obtuvo como resultado que el 46% culminaron la secundaria, seguido del 38.1%

terminaron el bachillerato y con el 14,3% de las gestantes terminaron la primaria.

En el estudio de la autora Prado realizado en Perú en el año 2018, los resultados de acuerdo a la escolaridad, el dato de mayor prevalencia es del 69.0% que corresponde a la secundaria completada con 20 gestantes de las 29 gestantes con las que se realiza este estudio, al relacionarlo ambos autores comparten resultados similares y concuerda sifón este estudio. (60)

El estudio ejecutado por Marreno en el año 2021 en Ecuador, se analizaron las variables sociodemográficas de 14 gestantes dentro de ellas se analiza la escolaridad con el mayor porcentaje es primero de bachillerato sin terminar el 57.1% corresponde a 8 gestantes del total. Dato que corresponde a la secundaria que no está culminada, se relaciona con nuestro estudio por lo que están en la secundaria, pero no la han culminado como en el trabajo investigativo. (61)

En la revisión del artículo del autor Rojas procedido en Colombia en el año 2017, en este estudio analizando la escolaridad se evaluaron 75 gestantes de las cuales el 87% que corresponde a 65 gestantes cursan la secundaria, dato que, al relacionarlo, concuerda ya que por la edad los embarazos se presentan con mucha frecuencia en la adolescencia. (62)

Tabla 11. Distribución de las gestantes según ocupación. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Ocupación de las embarazadas	No	%
Ama de casa	34	54,0
Estudiante	19	30,2
Desempleada	7	11,1
Cuenta propia	2	3,2
Empleada privada	1	1,6
Trabajadora no remunerada	0	0,0
Empleada pública	0	0,0
Otra	0	0,0
Total	63	100

Se observo en la table # 11 la distribución de las embarazadas según la ocupación se determine que el 54% reflejo como principal ocupación ser ama de casa, seguido del 30.2% esudiantes y el 11,1% desempleada.

En el estudio de la autora Vides realizado en Honduras en el año 2017, en este estudio descriptivo se menciona que la ocupación principal de las gestantes evaluadas es del 70% trabajo no remunerado de 350 gestantes evaluadas, al relacionarlo en nuestro estudio que corresponde al 54% como ama de casa, no guarda relación a menos que en Hondura ser ama de casa sea catalogado como trabajo no remunerado. (63)

En el estudio realizado por Blanquet en Mexico en el 2016, en este análisis menciona que de las 608 gestantes con las que conto este estudio el 50.2% su principal ocupación es estudiantes en los difernetes niveles, no guarda relación con la ocupación de este estudio que es ama de casa muchas de estas gestantes abandonaron sus estudios y por ende se quedaron como amas de casa. (64)

El estudio de Gomez realizado en Colombia en el 2017, donde se conto con 566 gestantes donde se evaluaron las características sociodemográficas de las cuales el 85.6% que corresponde a 456 gestantes eran estudiantes, dato relacionado con el alto índice de embarazos adolescentes que se dan en America, estudio que al relacionarlo con nuestro estudio no guarda relación. (65)

Tabla 12. Distribución de las gestantes según su captación. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Trimestre en el que se realizó la captación de la gestante	No	%
1er trimestre	24	38,1
2do trimestre	28	44,4
3er trimestre	11	17,5
Total	63	100

Se observó en la tabla # 12 la distribución de las gestantes, de acuerdo al

momento de la captación el 61,9% se realizó entre el Segundo y tercer trimestre de manera tardía y solo el 38.1% en el primer trimestre de las gestantes valoradas.

En el estudio de la autora Herrera llevado a cabo en Palmira, Venezuela en el año 2019, manifiesta de las 103 gestantes evaluadas, el 66% tuvo una captación en el primer trimestre de embarazo, este dato al relacionarlo no concuerda con el estudio que realizamos que el mayor índice de captaciones se mantuvo en el segundo trimestre. (66)

En el estudio de Mayorga que se realizó en Colombia en el año 2019, realizan un estudio con un total de 178 gestantes, de las cuales el mayor número de casos en cuanto a la captación se dio en el primer trimestre con 98 gestantes que corresponde al 55%, al relacionarlo no tiene relación nuestro estudio presento una incidencia de captación en el segundo trimestre. (67)

Por su parte, en el estudio efectuado por Mendoza en Chile en el año 2015, menciona en su estudio, que cuenta con 2663 gestantes de las cuales las divide por edades de entre 13 y 19 años, de un total de 570 gestantes, el 34% igual a 195 gestantes captadas en el segundo trimestre de su gestación y por su parte las gestantes de entre 20 a 35 años el 20.7% que corresponde a 353 gestantes captadas de igual forma en el segundo trimestre de su gestación dato que concuerda con el estudio que se está presentando. (68)

Tabla 13. Distribución de las gestantes según diagnóstico de riesgo obstétrico. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Categoría según la clasificación del riesgo obstétrico	No	%
Bajo riesgo	29	46,0
Alto riesgo	34	54,0
Muy alto riesgo	0	0,0
Total	63	100

En la investigación se determinó que la distribución de las gestantes según el riesgo obstétrico predominó con el 54% las gestantes con alto riesgo obstétrico, seguido con el 46% bajo riesgo.

En el trabajo de investigación de Hernández realizado en México en el año 2018, menciona que de las 201 gestantes que formaron parte del estudio en la clasificación de riesgo, el 68.8% igual a 138 gestantes se encasillaron dentro de riesgo medio, al relacionarlo tiene similitud pese a que en el estudio se lo categorizó como alto es una clasificación con las mismas características. (69)

Tabla 14. Distribución de los profesionales por controles realizados según riesgo obstétrico. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Número de controles médicos realizados durante la gestación	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Adecuado (5 y más)	5	14,3	24	68,6	29	82,9
Inadecuado (menores de 5)	1	2,9	5	14,3	6	17,1
Total	6	17,1	29	82,9	35	100

La tabla presenta como resultado de la valoración de controles médicos realizados en la gestación predominó con el 82,9% tuvieron controles adecuados, de estos el 68,6% corresponde a profesionales de sexo femenino y el 14,3% corresponde a profesionales del sexo masculino.

En el artículo científico de la autora Chacho llevado a cabo en la ciudad de Cuenca – Ecuador en el año 2018, estudio realizado con 325 gestantes de las cuales el 69.8% que corresponde a 227 gestantes tuvieron menos de 5 controles, mientras que el 30.2% que corresponde a 98 gestantes tuvieron más de 5 controles al relacionarlo con nuestro estudio es comparable. (70)

En el trabajo de investigación del autor Gonzaga efectuado en Tijuana- México en el año 2014, dentro de sus resultados, el 41% recibieron más de 5 controles, siendo el más prevalente y es lo adecuado y se relaciona con los resultados del estudio planteado. (71)

Tabla 15. Distribución de los profesionales según visitas domiciliarias normadas. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Frecuencia de visitas domiciliarias	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Mensual	1	2,9	1	2,9	2	5,7
Bimensual	0	0,0	1	2,9	1	2,9
Trimestral	1	2,9	4	11,4	5	14,3
Otras	4	11,4	23	65,7	27	77,1
Total	6	17,1	29	82,9	35	100

En la tabla #15. De los profesionales evaluados en esta variable que indica la frecuencia de visitas domiciliarias a gestantes, el 5,7 correspondió a visitas mensuales, visitas trimestrales el 14,3% y el 77,1% otras.

El manual del ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables de Perú realizado en el año 2015, recomienda que sean dos visitas domiciliarias en una duración de 6 meses o desde el momento de la captación, no se relaciona con los resultados obtenidos en este estudio. (72)

En el estudio de la autora Cepida en el año 2019 efectuado en Perú, menciona que lo ideal se deben realizar los controles de manera bimensual, no se relaciona con los resultados obtenidos en este estudio. (73)

En el artículo de Hierrezuelo, estudio llevado a cabo en Cuba en el año 2017, manifiesta que las visitas efectivas son las que se realizan de manera continua dos veces al mes, este estudio no da un porcentaje, pero manifiesta que es lo que se realiza en el primer nivel de atención de su país, al relacionarlo, no se relaciona con los resultados obtenidos en el estudio. (19)

Tabla 16. Distribución de los profesionales por interconsultas realizadas según el riesgo. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Interconsultas por especialidades realizadas según riesgo	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Medicina Familiar y Comunitaria	5	14,3	10	28,6	15	42,9
Todas	1	2,9	17	48,6	18	51,4
Otras	0	0,00	1	2,9	1	2,9
Ninguna	0	0,00	1	2,9	1	2,9
Odontología	0	0,00	0	0,0	0	0,0
Psicología	0	0,00	0	0,0	0	0,0
Total	6	17,1	29	82,9	35	100

Como se observa en la tabla # 16, en la distribución de profesionales por interconsultas según el riesgo obstétrico, el 51,4% de los profesionales indicaron que se debe realizar interconsultas a todas las especialidades, seguido de un 42,9% indicaron que se debe realizar las interconsultas a los Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, mientras que el 2,9% indica que no se debe realizar ninguna interconsulta de especialidad médica.

En el estudio efectuado por Churqui en el año 2017 realizado en Bolivia, menciona de las 250 personas que se realizaron interconsultas en uno de los servicios que oferta, solo 16.4% que corresponde a 45 pacientes cumplieron con los criterios, al compararlo guarda relación. (74)

El estudio realizado por Guerra en Quito – Ecuador en el año 2019, menciona el 22% del total de estas interconsultas evaluadas se encontraban mal dirigidas, este artículo está relacionado con el estudio. (75)

Tabla 17. Distribución de los profesionales por referencias médicas realizadas según el riesgo. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Referencias por especialidades realizadas según riesgo	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Ginecobstetricia	2	5,7	15	42,9	17	48,6
Otras	2	5,7	7	20,0	9	25,7
Todas	2	5,7	7	20,0	9	25,7
Medicina Interna	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Genética Clínica	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nutrición	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Psiquiatría	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ninguna	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	6	17,1	29	82,9	35	100

La tabla de referencias según el riesgo, los profesionales indicaron que el 48,6 % debieron ser referidas al especialista en Ginecobstetricia, el 25,7% a otras especialidades dependiendo el riesgo, el 25,7% a todas las especialidades de la tabla de los 35 profesionales.

En el estudio realizado por Quintero realizado en España en el año 2015, estudio realizado con 12 adolescentes gestantes de riesgos, se analiza la secuencia para un correcto diagnóstico y las demoras, uno de estas menciona acerca del requerimiento de la evaluación multidisciplinaria la edad gestacional, teniendo como resultado que el 100% fue referida de manera efectiva y que no hubo muertes maternas, no guarda relación con el estudio. (76)

El 100% de los profesionales, según la valoración del investigador, dan tratamiento adecuado que corresponde al 83,3% al sexo femenino y el 16,7% a masculinos de los profesionales de la salud que prestan servicio a gestantes en el centro de salud Pascuales.

En el estudio de Guevara realizado en Perú en el año 2014, estudio que se

toma de referencia por el manejo de gestantes con riesgo alto en este caso por trastornos hipertensivos y preeclampsia, los resultados del manejo aplicando las directrices se tuvo que el 100% de las 975 gestantes evaluadas tuvieron un buen manejo, datos que concuerdan con los resultados obtenidos en el estudio. (77)

En el estudio ejecutado por Suárez en Cuba en el año 2016, analiza el manejo de las hemorragias obstétricas, teniendo como participan 46 gestantes que tienen una evaluación de la secuencia en su embarazo, de las cuales, a pesar del buen manejo, 13 gestantes que presentaron hemorragia durante el embarazo, el 100% presento esta morbilidad y la mortalidad se redujo en este grupo de pacientes a 0%, datos que concuerdan con los resultados del estudio. (78)

Tabla 18. Distribución de los profesionales de acuerdo al seguimiento que se realiza a las gestantes según el riesgo. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Valoración del seguimiento realizado a la gestante según sus riesgos	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
No Adecuado	3	8,6	19	54,3	22	62,9
Adecuado	3	8,6	10	28,6	13	37,1
Total	6	17,1	29	82,9	35	100

En la tabla #18. La distribución de esta tabla donde se evidenció el seguimiento de las gestantes cuyo predominio fue del 66,7% no adecuado y el 37,1 como adecuado por parte de los profesionales de salud.

En el estudio realizado por el autor Paramio estudio realizado en Cuba en el 2018, menciona sobre la innovación en el seguimiento de las gestantes, que busca optimizar los recursos, basándose en los controles al momento como es una estrategia en desarrollo, al relacionarlo no guarda relación. (79)

En el estudio efectuado por Calle en el Ecuador en el año 2017, menciona se

hizo seguimiento a 15.622 gestantes y 4014 puérperas, el 89% no llevaba un seguimiento adecuado al relacionarlo guarda relación con el estudio. (80)

7 CONCLUSIONES

Es necesario continuar con estudios que identifiquen factores y barreras que pueden influir en la salud de la embarazada, los cuales facilitarían la prevención de las complicaciones, así como también la capacitación permanente tanto a personal de salud en el primer nivel de atención como para la comunidad.

Se requiere de un lenguaje universal en los diferentes niveles de salud donde los profesionales diagnostican, tratan y realizan seguimiento de las gestantes, todos los instrumentos son valederos con sus diferencias y similitudes, lo importante radica en estandarizar una de estas herramientas con la finalidad de que no existan confusiones.

Los profesionales dentro de la investigación pertenecen a los grupos quinquenales entre los 30 – 34 y 35 – 39 años, esto influye en los mitos de la población que tienen la creencia de que si no es un profesional de mayor edad no tiene experiencia o sencillamente no sabe del manejo de sus diferentes padecimientos.

La distribución de los profesionales de salud en la unidad según el sexo, influye ya que muchas de las gestantes valoradas por el tema de creencias y tabúes, en muchos casos de ellas prefieren efectuar atenciones con doctoras, es decir profesionales femeninas, muchas de ellas no asisten a los controles por el hecho de que las atenderá un profesional de sexo masculino lo que lleva a no ocupar de manera oportuna el recurso humano de la unidad o por su parte no asistir a los controles repercutiendo en el bienestar materno infantil.

En cuanto a la especialidad este estudio se llevó a cabo con todos los profesionales de la salud que pertenecen a la unidad de salud Pascuales, siendo médicos posgradistas los que en su mayoría participaron en el estudio, muchos de ellos llevan años ejerciendo su profesión por lo cual están enrolados en la valoración de las gestantes al igual que las otras

especialidades como obstetricia pieza fundamental en el primer nivel de salud.

Entendemos a este control prenatal como uno de los pilares básicos de la Atención Primaria, no desde el punto de vista de una atención médica primaria o primitiva, sino desde el punto de vista de una atención médica primordial, tratando de poner allí a recursos humanos formados y motivados para esta atención fundamental.

El número de controles de salud no son los mismos para una gestante de alto riesgo como para una de bajo riesgo o una gestante que es captada en el último trimestre de embarazo, tampoco logra acceder a los 5 controles que establece el manual como adecuados a pesar de las diferentes estrategias que existen para una captación oportuna y la búsqueda de las mismas en la comunidad no siempre se llega a los controles deseados aumentando así los riesgos dentro del embarazo.

El seguimiento no es oportuno por lo concerniente está muy limitado, existen gestantes que son referidas al siguiente nivel, pero no regresan a los controles subsecuentes con una hoja de contrareferencia, además no se utilizan de manera oportuna el personal médico, ya que si se solicita una referencia no se realiza una correcta valoración el campo lo limitan al especialista en Ginecoobstetricia pudiendo tener en algunos casos patologías que deben ser manejadas por otras especialidades.

Las valoraciones por otras especialidades mediante las interconsultas ocurre que en la mayoría de los casos los pacientes por la gran ocupación de estos servicios deciden asistir a otras unidades en busca de la valoración requerida, algunas tienen solución de sus problemas, pero otros simplemente esperan y en muchas ocasiones culminan su embarazo y no se efectúan las valoraciones de las interconsultas solicitadas repercutiendo en su recién nacido quien puede llegar a manifestar cuadros relacionados con hallazgos inminentes en sus controles prenatales.

Los tratamientos valorados como adecuados basándonos en las guías

prácticas clínicas que dispone el Ministerio de Salud Pública asociados a la baja tasa de complicaciones durante los controles de puerperio, adecuados dentro de la valoración.

Teniendo en cuenta que la calificación de una gestante como de riesgo es variable, existiendo riesgos modificables y no modificables, la investigación evidencia la importancia de construir, o al menos validar un solo instrumento para el análisis de las gestantes.

Otro dato importante mediante un lenguaje universal de la estratificación del riesgo en las gestantes puede ser manejadas en el primer nivel y así utilizar de manera apropiada los recursos de los diferentes niveles.

8. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Se llenan las expectativas de este trabajo que es un trabajo nuevo desde el enfoque que le da el investigador, estudio que contribuirá en uno de los principales objetivos del milenio desarrollado por la OMS, implementado en nuestro sistema de salud.

La poca colaboración por parte de algunos profesionales de la salud no permitió ampliar más el rango de estudio que pudiese aportar más con este estudio

La pandemia de la covid-19 no permitió llevar un manejo más eficiente en cuanto al seguimiento de estas gestantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Gonzaga M, Zonana A. Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California. Rev. Med. Salud pública de México. Enero-febrero de 2014. Vol. 56, no. 1. (Internet). Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v56n1/v56n1a5.pdf> Citado 16 de febrero del 2020.
- 2.- Fernández S. Embarazo de alto riesgo. Control prenatal. Rev. Med. OCRONOS. 2020 feb; pág. 2. (Internet). Disponible en: <https://revistamedica.com/embarazo-alto-riesgo-control-prenatal/> Citado 16 de febrero del 2020.
- 3.- Navarro J. Factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al consultorio de Obstetricia del Centro de Salud "Leonor Saavedra". Perú; 2015. (Internet). Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4194/Navarro_vj.pdf?sequence=1&isAllowed=y Citado 16 de febrero del 2020.
- 4.- Aguilera S. Soothill P. Control prenatal. Rev. Med. Clin. Conde. 2014. Septiembre; España Volume 25, Issue 6 (Internet). Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864014706340?token=8A51D977F34E834CEC69AFDE4B03353F3A05A5FE8A4F47DF34C5053108440B5C2DCCCB815FC9B9BC8B80D47A57C8B4E8> Citado 12 de Julio del 2020.
- 5.- Paredes B. Identificación de los factores de riesgo obstétrico en adolescente embarazada y la importancia del control prenatal; Ecuador .2015. (Internet). Disponible en : <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/3449/1/CD000057-TRABAJO%20COMPLETO%20-pdf> Citado 14 de Julio del 2020.
- 6.-Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Evaluación y categorización del riesgo obstétrico en el control prenatal. Manual. Quito: Dirección Nacional de Normatización.MSP; 2019. (Internet). Disponible en: <http://salud.gob.ec> Citado 14 de Julio del 2020.
- 7.- Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas J. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Rev. Med. Hered. 22. Perú ;2011; pag 169 ;(Internet). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v22n4/v22n4ao3.pdf> Citado 14 de Julio del 2020.
- 8.-Abarzua F, Burgos S, Clavero M, Diaz F, Guzmán E, Germain A, et al. Guía perinatal. 1ª edición. MinSal; Chile.2015 pág.16. (Internet). Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf .Citado 14 de Julio del 2020.

- 9.-Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna 2019 pág. 1. (Internet). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> .Citado 14 de Julio del 2020.
- 10.- Modelo de Atención lintebral del sistema nacional de salud (MAIS). Ecuador 2012. (sitio de Internet). Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/M anual_MAIS-MSP12.12.12.pdf. Citado 15 de agosto del 2020
- 11.- Negret A, Linares M, Cuesta A, Rodríguez I, Molina V. Caracterización epidemiológica de mujeres con riesgo preconcepcional. MEDISAN [revista en internet]. 2017, Feb. Disponible en: <http://medisan.sld.cu/index.php/san/ article/view/421> Citado 15 de agosto del 2020
- 12.- Marreno M. Factores de riesgos laborales y gestación. Rev. Cubana de Salud y Trabajo.2015. Cuba. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsaltra/cst-2015/cst151j.pdf> Citado 15 de agosto del 2020
13. Villalobos P. Ríos L. Ensaldo F. vulnerabilidad y riesgo reproductivo en mujeres indígenas de la montaña de guerrero reto para el medico de primer nivel. Rev.Med. 21° Encuentro Nacional sobre Desarrollo Regional en México. 2016.(internet) disponible en: <http://ru.iiec.unam.mx/3404/1/225-Villalobos-R%C3%ADos-Ensaldo.pdf> Citado 15 de agosto del 2020
- 14.- Centro nacional de equidad de género y salud reproductiva (CNEGSR). Atención pregestacional. Lineamiento técnico tercera edición. Mexico.2019. (sitio de internet) disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/458238/webAtencionP regestacional_final.pdf Citado 15 de agosto del 2020
- 15.- Telpez I, Acevedo M, Falcón B. Caracterización de mujeres del municipio Manatí con riesgo reproductivo preconcepcional. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta Vol. 43, número 1. 2018.Cuba. [internet]. Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1242> Citado 15 de agosto del 2020
- 16.- Ortiz K. Garcia K. Gomez A. Maestre S. Vargas G. Ramos R. Adherencia a guías de atención de control prenatal en red pública de subregión norte, departamento del Magdalena.Art.. Med. Duazary / Vol. 16, No. 1 - 2019.Colombia. (Internet). Disponible en: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/982197/art-7.pdf> Citado 15 de agosto del 2020
- 17.- Celayane enfermería. Enfoque de riesgo en la atención materno-infantil. Mexico.2018[revista en internet]. Disponible en: <https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-3-enfoque-de-riesgo-en-la-atencion-materno-infantil/> Citado 15 de agosto

del 2020

- 18.- Caceres A. garcia R. San Juan M. Relación entre condiciones sociodemográficas y conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. Rev.Med. scielo. Ecuador .2017. [revista en internet]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000600009&lng=es Citado 15 de agosto del 2020
- 19.- Hierrezuelo N. Álvarez J. Subert L. González P. Pérez G. Calidad del proceso en la ejecución del programa de riesgo reproductivo preconcepcional.Rev.Med.de Santiago de Cuba.2017. [internet]. Disponible en: <http://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/1347/html> Citado 15 de agosto del 2020
- 20.-González A. Aida Rodríguez A. Jiménez R. Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en un consultorio médico. Rev.Med cubana de medicina general integral. Cuba.2016 [internet]. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/71/65> Citado 15 de agosto del 2020
- 21.- Ministerio de Salud Pública (MSP). Control Prenatal guía práctica clínica 2016.Ecuador. (Internet). Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf> Citado 15 de agosto del 2020
- 22.- Martinez H. Iossi M. Cabrera I. Mendoza A. Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas en un hospital público: riesgo al inicio del trabajo de parto, parto, posparto y puerperio. Rev.Med. scielo. Mexico.2015. [revista en internet]. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015000500829&script=sci_arttext&tlng=es Citado 09 de septiembre del 2020.
- 23.-Martínez J. La maternidad en madres de 40 años. Rev.Med. Cubana Salud Pública. 2016 jul.-set; vol.42 no.3: pág.1. (Internet). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000300012 . Citado 09 de septiembre del 2020.
- 24.-Martínez J, Pereira M. Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico en el departamento de Sucre. Rev.Med. Colombia, 2015; Vol. 32 N° 3; pág. 1. (Internet). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v32n3/v32n3a09.pdf> . Citado 09 de septiembre del 2020.
- 25.- García A, Chaco M. “Embarazo de alto riesgo y factores asociados en el “Hospital José Carrasco Arteaga”, Cuenca.2018”.(sitio internet) disponible en [:http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32018/1/Proyecto](http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32018/1/Proyecto)

%20de%20investigaci%C3%B3n.pdf Citado 09 de septiembre del 2020.

- 26.- Villalva I, Baldeon A. Riesgos obstétricos en gestantes con edades extremas (menores de 15 años; mayores de 35 años) atendidas en el Hospital Universitario de Guayaquil, agosto 2018 – enero 2019. (Internet). Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/42249> Citado 09 de septiembre del 2020.
- 27.- Ardevol D. Lluch A. Paz D. Labor educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional. Rev.Med. Cubana de enfermería. Cuba.2015 [revista en internet]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/224/126> Citado 09 de septiembre del 2020.
- 28.- Ministerio de salud pública de Chile (MINSAL). Guía Perinatal 2015. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf Citado el 6 de octubre del 2020
- 29.- Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018. Disponible en: <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320334esp.pdf> Citado el 6 de octubre del 2020
- 30.- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Control Prenatal Guía de Práctica Clínica 2016. Ecuador. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf> Citado el 8 de octubre del 2020
- 31.- Ministerio de Salud Pública. Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud Norma Técnica, 1ª Edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2013. Disponible en: <http://salud.gob.ec> Citado el 8 de octubre del 2020
- 32.-Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Score MAMÁ y claves obstétricas, Protocolo. Quito: Ministerio de Salud Pública, Gerencia Institucional de Implementación de Disminución Mortalidad Materna. 2017. Disponible en: <http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf> Citado el 7 de octubre del 2020
- 33.- Gámez S. Conocimientos, actitudes y prácticas en la atención prenatal del personal de salud que atiende embarazada de bajo riesgo en el municipio San Dionisio. Nicaragua. 2017. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/10224/> Citado el 9 de octubre del 2020

- 34.- Piña A. Determinantes sociales de la salud que influyen en la adherencia al control prenatal. Ecuador. 2020. Disponible en: <https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/2136/2225> Citado el 11 de octubre del 2020
- 35.- Ortiz k. Adherencia a guías de atención de control prenatal en red pública de subregión norte, departamento del Magdalena (Colombia). 2018. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/982197/art-7.pdf> Citado el 19 de octubre del 2020
- 36.- Suárez B. Publicación científica de los profesionales de la Salud camagüeyanos: Conocimiento, motivaciones y cumplimiento de normas éticas. Rev Hum Med v.10 n.2 Cuba Mayo-ago. 2010. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202010000200003 Citado el 19 de octubre del 2020
- 37.- Cassanova J. Factores asociados en la percepción del médico sobre la relación médico-paciente. Rev Med. Publicado por Universidad de San Martín de Porres, Perú.2015. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v17n3/a08v17n3.pdf> Citado el 19 de octubre del 2020
- 38.- Ministerio de Salud Pública, “Estrategia de Abordaje Médico del Barrio y su Equipo de Atención Integral en Salud”. 2017. Ecuador. Disponible en: <http://salud.gob.ec> Citado el 9 de mayo del 2021
- 39.- Barnés. Por qué es mejor que tu médico sea una mujer que un hombre. 2017. Rev. Alma, corazón y vida. Colombia. Disponible en: https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2017-01-05/mejor-medico-mujer-hombre_1306849/ Citado el 9 de mayo del 2021
- 40.-Ruiz J. Conocimiento de las medidas de bioseguridad en personal de salud. Rev Med. Horiz. vol.17 no.4 Lima oct./dic. 2017 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2017.v17n4.09> Citado el 9 de mayo del 2021
- 41.- Estrada C. Gutiérrez C. Salinas S. Conocimiento y percepciones médicas sobre la fisioterapia y el trabajo interdisciplinario. Rev.Med. Medigraphyc. 2019. México.Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/invedumed/iem-2019/iem1931e.pdf> Citado el 9 de mayo del 2021
- 42.- Yslado R. Norabuena R. Loli T. Síndrome de burnout y la satisfacción laboral en profesionales de la salud. Rev. Med. Scielo. 2019. Perú. Disponible en:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727558X2019000400006&script=sci_arttext&tlng=en Citado el 9 de mayo del 2021
- 43.- Bobbio L. Ramos W. Satisfacción laboral y factores asociados en personal asistencial médico y no médico de un hospital nacional de Lima-Perú.

Rev. Med. Epidemiología ISSN-e 1609-7211, Vol. 14, Nº. 2, 2010.
Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3987316> Citado el 9 de mayo del 2021

- 44.- Rojas Katty. Relación entre el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas respecto a los enfoques de la sexualidad de los profesionales de la salud. Instituto nacional de salud del niño. Perú. 2021. Disponible en:
https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/8372/Rojas%20_%20AKDLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y Citado el 9 de mayo del 2021
- 45.- Marreno D. Caracterización del embarazo en adolescentes menores de 15 años asistidas en el área de atención primaria. Ecuador. 2021. Disponible en:
<https://revistas.utm.edu.ec/index.php/QhaliKay/article/view/3493/3344>
Citado el 9 de mayo del 2021
- 46.-Hernández E. Rol del médico familiar en el nuevo modelo integral de atención en salud en Colombia. Rev. Cubana de Medicina General Integral.2019. Colombia. Disponible en:
<http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/466/270> Citado el 9 de mayo del 2021
- 47.- Sandoya E. El médico del primer nivel de atención y sus competencias. Rev. Med tendencias en medicina. Uruguay. 2010. Disponible en:
http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes37/art_04.pdf
Citado el 9 de mayo del 2021
- 48.- Guevara Y. Saucedo J, Díaz C. Soto V. Perfil y situación laboral del médico joven egresado de una facultad de medicina de Lambayeque, Rev. Med. Scielo. Perú. 2013. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000200004 Citado el 9 de mayo del 2021
- 49.- Sobrequés J. Cebrià J. García M. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. Rev Med. Atención primaria. España. 2003. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656703791641>
Citado el 4 de junio del 2021
- 50.- Matía A. Cordero J. Evolución del burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria. Rev. Med. Elseiver. 2012.España. Disponible en:
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656712000935?token=CEB1DE1EB38842B6009FCE3564EF6D7B794FD78FEF6E9B467B248DB78A8BA8BC3A72C1D8178645185275CDB5212EE1B4&originRegion=us-east-1&originCreation=20220307202029> Citado el 4 de junio del 2021

- 51.-Barragán O. Nivel de riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden a un centro de primer nivel de atención. Colombia. 2017. Disponible en: <https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/70/50> Citado el 4 de junio del 2021
- 52.- Miranda C. Factores de necesidad asociados al uso adecuado del control prenatal. Colombia. 2017. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359546229012.pdf> Citado el 4 de junio del 2021
- 53.- Piña A. Determinantes sociales de la salud que influyen en la adherencia al control prenatal. Ecuador. 2020. Disponible en: <https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/2136/2225> Citado el 4 de junio del 2021
- 54.- Pupiales J. Análisis de factores de riesgo individuales y familiares relacionados al embarazo en adolescentes de las etnias indígena, mestiza y afro que acuden a los centros de salud del cantón Ibarra, Ecuador. 2016. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12673/TESES%20DR.%20PUIALES%20-%20DR.%20QUESPAZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Citado el 4 de junio del 2021
- 55.- Sánchez A. Factores sociales asociados con la utilización de los servicios de atención prenatal en Ecuador. 2016. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31376/v40n5a08-341-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Citado el 4 de junio del 2021
- 56.- Cáceres A. Relación entre condiciones sociodemográficas y conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. Ecuador. 2017. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2017000600009&script=sci_arttext&tlng=pt Citado el 4 de junio del 2021
- 57.- Castillo I. Utilización del control prenatal en gestantes de la delegación Iztapalapa, distrito federal de México.2019. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/2738/273859249004/html/index.html> Citado el 4 de junio del 2021
- 58.- Moposita A. Asociación de los factores sociodemográficos y culturales al cumplimiento del control prenatal en gestantes indígenas de la comunidad de Salasaca. Ecuador. 2021. Disponible en: https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/32824/3/17._moposita_yumiguano_ana_carolina%281%29.pdf Citado el 4 de junio del 2021
- 59.- Fortich L. Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia.2017 Disponible en:

<http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/840/230> Citado el 4 de junio del 2021

- 60.- Prado J. El embarazo adolescente en Perú: estrategias de afrontamiento para el bienestar emocional y la inclusión educativa. Perú. 2018. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es> Citado el 4 de junio del 2021
- 61.- Marreno D. Caracterización del embarazo en adolescentes menores de 15 años asistidas en el área de atención primaria. Ecuador. 2021. Disponible en: <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/QhaliKay/article/view/3493/3344> Citado el 4 de junio del 2021
- 62.- Rojas L. Factores que influyen en los embarazos en adolescentes entre los 13 – 17 años en la unidad materno infantil de la Libertad, San José de Cúcuta. Colombia. 2017. Disponible en: <https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/4093/1/FACTORES%20QUE%20INFLUYEN%20EN%20LOS%20EMBARAZOS%20.pdf> Citado el 4 de junio del 2021
- 63.- Vides S. Caracterización Sociodemográfica Clínica de Adolescentes Embarazadas. Honduras. 2017. Disponible en: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/caracterizacioacuten-sociodemograacutefica-cliacutenica-de-adolescentes-embarazadas.pdf> Citado el 4 de junio del 2021
- 64.- Blanquet J. Características sociodemográficas de la adolescente embarazada en un hospital de alta especialidad. México. 2016. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/ims163c.pdf> Citado el 4 de junio del 2021
- 65.- Gomez C. Prevalencia de embarazo y características demográficas, sociales, familiares, económicas de las adolescentes, Carepa, Colombia. 2017. Disponible en: <https://www.Dialnet-PrevalenciaDeEmbarazoYCaracteristicasDemograficasS-6176881.pdf> Citado el 4 de junio del 2021
- 66.- Herrera K. Morbilidad materna por no adherencia a controles prenatales en Palmira–Valle. Venezuela. 2019. Disponible en: https://www.revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_4_2019/3_morbilidad_materna.pdf Citado el 4 de junio del 2021
- 67.- Mayorga L. Satisfacción de usuarias del control prenatal en Montería. Colombia. 2019. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343862451005> Citado el 4 de junio del 2021
- 68.- Mendoza L. Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. Chile. 2015. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717->

75262015000400005&script=sci_arttext&tIng=en Citado el 4 de junio del 2021

- 69.- Hernández E. Factores de riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil de una comunidad de Tabasco. Mexico. 2018. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salquintanaroo/sqr-2018/sqr1840b.pdf> Citado el 4 de junio del 2021
- 70.- Chacho M. Embarazo de alto riesgo y factores asociados en el “Hospital José Carrasco Arteaga”, Cuenca, Enero – Junio. Ecuador. 2018. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32018/1/Proyecto%20de%20investigaci%C3%B3n.pdf> Citado el 4 de junio del 2021
- 71.- Gonzaga M. Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California. México. 2014. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000100005 Citado el 4 de junio del 2021
- 72.- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables Prohibida su reproducción total o parcial sin autorización de la Oficina de Comunicación. Perú. 2019. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/files/Manual-de-Identidad-Institucional-2017.pdf> Citado el 4 de junio del 2021
- 73.- Cepida E. Características de las visitas domiciliarias a gestantes en el primer nivel de atención, huancavelica 2019. Perú. Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/2823/TESIS-SEG-ESP-OBSTETRICIA-2019-CEPIDA%20SIMON.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Citado el 4 de junio del 2021
- 74.- Churqui-Alconz S. Análisis de las interconsultas hospitalarias al servicio de medicina interna, en un hospital de tercer nivel. Rev MédCient “Luz Vida”. 2017;8(1):27-30. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3250/325057242005.pdf> Citado el 14 de junio del 2021
- 75.- Guerra M. Pertinencia de solicitudes generadas para interconsultas en el área de consulta externa del Hospital General Docente de Calderón, con un enfoque de oportunidad y continuidad para el usuario del primer nivel de atención, en el periodo noviembre 2018 - enero 2019. Ecuador. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16473/Trabajo%20de%20titulación%20-%20Alejandra%20Guerra%20Cadena%20-%20marzo2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Citado el 14 de junio del 2021
- 76.- Quintero A. Rojas H. El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. Revista Virtual Universidad

Católica del Norte, 44, 222-237. España. 2015. Disponible en:
<http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/626/1161>
Citado el 14 de junio del 2021

77.- Guevara E. Meza L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. Rev. peru. ginecol. obstet. vol.60 no.4 Lima oct./dic. 2014. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400015 Citado el 14 de junio del 2021

78.- Suárez J. Santana Y, Gutiérrez M, Benavides M, Pérez N. Impacto de la hemorragia obstétrica mayor en la morbilidad materna extremadamente grave. Rev Med. Cubana Obstet Ginecol vol.42 no.4 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2016, Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000400008 Citado el 14 de junio del 2021

79.- Paramio A, Bermúdez L, Lázaro R. Sistema Automatizado para seguimiento y control de la embarazada. Rev Med. Habanera de ciencias medicas. Vol. 16, No. 6. Cuba.2018. Disponible en:
<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1770/1937>
Citado el 14 de junio del 2021

80.- Calle Roldán J, Acuña C, Ríos P. Método de búsqueda activa comunitaria para la captación de gestantes y puérperas en Ecuador. Rev Panam Salud Publica. 2017;41: e53. Disponible en:
<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/e53> Citado el 14 de junio del 2021

ANEXOS

Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este formulario de consentimiento informado está dirigido a todos los profesionales de la salud que brindan atención a gestantes dentro del centro de salud Pascuales y que se han incluido en la población de estudio de la investigación: "Valoración del diagnóstico y seguimiento de las gestantes de riesgo en cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria en el centro de salud Pascuales atendidas en el segundo semestre del año 2020. Su participación es totalmente voluntaria, puede retirarse de ella en el momento que así considere.

El Dr. **Washington Francisco Alvarado Cedeño**, posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, con cédula de identidad: **092325914-7** y número de teléfono: **0968784398**, quien es el autor de la presente investigación le brindará toda la información necesaria sobre el estudio.

Usted tiene la posibilidad de realizar todas las interrogantes que considere y una vez iniciado el estudio retirarse si no desea participar sin sanción o pérdida de los derechos en su puesto laboral o de estudio.

La clasificación del riesgo obstétrico puede ser valorada por múltiples instrumentos, conocer cuál es el que se maneja durante las consultas y cómo se realiza el respectivo seguimiento de las gestantes según su categorización riesgo bajo, riesgo alto y riesgo muy alto, permitirá dar respuesta a los objetivos planteados en esta investigación.

Se han tomado todas las medidas para asegurar el respeto a la privacidad de los participantes, así como a la confiabilidad de los registros en los cuales se identifique a los participantes.

Será de considerable importancia para este estudio, por lo que anticipamos nuestro agradecimiento por su colaboración.

Yo: _____; he recibido la información suficiente y pertinente de los objetivos de la investigación titulada: “Valoración del diagnóstico y seguimiento de las gestantes de riesgo en seis consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria en el centro de salud Pascuales atendidas en el segundo semestre del año 2020”

- Declaro que he recibido toda la información sobre la investigación y acepto participar en ella.
- Conozco que el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil ha aprobado esta investigación.
- Mi participación en la investigación consistirá en responder una encuesta completamente anónima.
- El tiempo aproximado que debo dedicar a completar la encuesta será entre 15 y 30 minutos en una sola ocasión
- Confío en que se mantendrá la confidencialidad de los datos aportados por mí.
- El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de negarme a participar o de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi puesto de trabajo o estudio presente o futuro.
- Después de finalizada la investigación se me informará de los resultados de la misma en general, si así lo deseo.

Para constancia de lo mencionado, firmo este **CONSENTIMIENTO INFORMADO** de forma voluntaria, luego de haber tenido la oportunidad de formular inquietudes y comprendiendo todas las respuestas recibidas a las mismas.

Firma _____

Cédula de identidad No. _____

Fecha:

Anexo 2. Encuesta

Fecha:

Objetivo:

Agradeciendo a Usted por haber accedido a participar en la presente investigación que tiene como finalidad: valorar el diagnóstico y seguimiento de las gestantes de riesgo en cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria en el centro de salud Pascuales atendidas en el segundo semestre del año 2020, recordándoles que toda la información aportada a través de esta encuesta es anónima e independiente de su función profesional y/o administrativa en el centro de salud.

Su participación será muy valiosa y contribuirá en gran medida a mejorar la atención de salud a las gestantes que son atendidas en esta y otras unidades. A continuación, se detallan las diferentes interrogantes que darán respuesta a los objetivos propuestos en la investigación.

1.- Cuál es su edad _____

Dentro de las siguientes preguntas se deberá marcar con una X según corresponda:

2.-Sexo

Masculino

Femenino

3.- Cuál es su profesión

Obstetriz

Médico general

Médico posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitario

4.- Tiene alguno de los siguientes títulos de cuarto nivel?

Msc. Epidemiología

Msc. Gerencia en salud

- Msc. Seguridad y Medicina ocupacional
 Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
 Otros. ¿Cuál(es)?: _____
 Ninguno

5. Cuántos años lleva laborando en su profesión?

- Menos de un año
 1 a 4 años
 5 a 9 años
 10 a 14 años
 15 y más años

6. Qué tiempo de experiencia tiene Usted en atención de gestantes?

- Menos de un año
 1 a 4 años
 5 y más años

7.Cuál (es) de las siguientes clasificaciones para el riesgo obstétrico usted considera es la que está vigente?

- AIEPI
 GUIA MSP 2019
 PRAS
 Otras.

Cuál(es)? _____

8.Cuál de las clasificaciones de riesgo que aparece a continuación es la adecuada según la norma vigente?

- Riesgo bajo / Riesgo Alto/ Riesgo muy Alto
 Azul/Amarillo/Rojo
 Riesgo Tipo 1/ Tipo 2/ Tipo 3
 Sin riesgo / Riesgo bajo/ Riesgo alto

9. Según la Guía Práctica de Salud 2016 el número de controles mínimos establecidos desde el momento de la captación y durante todo el período prenatal debe ser de:

- 3 controles

5 controles

7 controles

9 controles

10. Según establece el Manual de Atención Integral de Salud (MAIS), las visitas domiciliarias que deben realizarse desde el momento de la captación y durante todo el período prenatal debe ser de

11. En caso de ser necesario y requerir valoraciones adicionales (dependiendo los riesgos que presente la gestante) con qué especialidades se realizarían las diferentes interconsultas dentro del primer nivel de atención?

Medicina Familiar y Comunitaria

Odontología

Psicología

Otras

Todas

Ninguna

12. Luego de la valoración inicial las embarazadas que son clasificadas como riesgo alto y muy alto riesgo, relacione la o las especialidades a las que usted considera deben referirse las gestantes.

13. Los controles de las gestantes de riesgo bajo deben realizarse por:

Especialista en Ginecología y Obstetricia del primer nivel de atención

Especialista en Ginecología y Obstetricia del segundo nivel de atención

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en el centro de salud

Médico General/Obstetriz en el centro de salud

Todas

No sabe

14. Los controles de las gestantes de riesgo alto o muy alto riesgo deben realizarse por:

Especialista en Ginecología y Obstetricia del primer nivel de atención

Especialista en Ginecología y Obstetricia del segundo nivel de atención

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en el centro de salud

Médico General/Obstetríz en el centro de salud

Todas

No sabe

Responsable:

Washington Alvarado Cedeño

Médico Posgradista Medicina Familiar y Comunitaria

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, ALVARADO CEDEÑO, WASHINGTON FRANCISCO, con C.C: # 0923259147 autor del trabajo de titulación: Valoración y seguimiento del riesgo obstétrico en embarazadas de seis consultorios de medicina familiar y comunitaria del Centro de Salud Pascuales. Año 2021. Previo a la obtención del título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **26 de noviembre del 2021**

f. _____

Nombre: Alvarado Cedeño, Washington Francisco

C.C: 0923259147



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Valoración y seguimiento del riesgo obstétrico en embarazadas de seis consultorios de medicina familiar y comunitaria del Centro de Salud Pascuales. Año 2021.		
AUTOR(ES)	Washington Francisco, Alvarado Cedeño		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Sanny Aranda Canossa		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	26 de noviembre del 2021	No. DE PÁGINAS:	72 de páginas)
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud, ciencias médicas		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Atención prenatal, riesgo obstétrico, factores de riesgo, clasificación de riesgo, salud materna.		
RESUMEN/ABSTRACT			
<p>Antecedentes: La gestación ocasiona en el organismo materno importantes modificaciones, producidas por una sobreactividad funcional; en la mujer gestante y con buena salud se mantiene dentro de los límites fisiológicos; cuando es exagerada puede tornarse patológica. En el Ecuador existe un marco normativo para el manejo de los riesgos de la gestación, pero contradictoriamente hay varias clasificaciones de estos. Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, de corte transversal que incluyó como población de estudio los profesionales de la salud que brindan atención a gestantes y las mismas que fueron atendidas en seis consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria durante el primer trimestre de 2021. Se revisaron los documentos y normativas para las distintas clasificaciones de riesgo utilizadas en el Sistema de Salud y a través de encuestas a los profesionales se determinó el conocimiento de estos acerca de la categorización de riesgo obstétrico. Se obtuvo la relación de gestantes y una vez clasificadas según los riesgos obstétricos se determinó la calidad del diagnóstico y el seguimiento. Resultados: El estudio cuenta con posgradistas en el 80 %, conocen la normativa actual el 82,9%, controles adecuados en 82,9%, seguimiento no adecuado 62,9%, captación de las gestantes 46% Segundo trimestre, riesgo obstétrico alto 54%, interconsulta 77.1%, referencias 48.6% Ginecoobstetricia. Conclusiones: Existen escalas avaladas por el sistema de salud nacional con diferencias y similitudes, estas diferencias tienden a provocar confusión durante la categorización de riesgo obstétrico.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-96041005	E-mail: sannyaranda2018@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Xavier Landivar Varas		
	Teléfono: +593-4-(3804600 ext :.1830-.1811)		
	E-mail: posgradomedicina@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			