




Prevención de riesgos obstétricos en gestantes de una unidad de salud de Carchi, Ecuador

Prevention of obstetric risks in pregnant women in a health unit in Carchi, Ecuador

Prevenção de riscos obstétricos em gestantes em uma unidade de saúde de Carchi, Equador

Julio Rodrigo Morillo-Cano^{1*} , Melba Esperanza Narváez-Jaramillo¹ , María Belén Morillo-Chamorro¹ 

¹ Universidad Regional Autónoma de Los Andes, Tulcán, Ecuador.

*Autora para la correspondencia: ut.juliomorillo@uniandes.edu.ec

Recibido: 15-09-2023 Aprobado: 05-10-2023 Publicado: 30-10-2023

RESUMEN

Introducción: el primer factor de riesgo en el embarazo es la edad, se sabe que esta variable puede permitir un buen desarrollo fetal o bien un desarrollo de alto riesgo que en ocasiones amenaza la vida de ambos seres. **Objetivo:** elaborar un programa para el fomento de una cultura de prevención de riesgos en las gestantes en una unidad de salud de la provincia de Carchi, Ecuador. **Método:** se realizó una investigación descriptiva, observacional y transversal. La población de estudio estuvo conformada por 172 gestantes, con predominio de: grupo etario enmarcado entre 20 y 29 años, nivel de escolaridad de enseñanza primaria, estado civil casadas, nivel salarial equivalente a un salario mínimo, haber tenido entre 2 y 3 partos, tener entre 2 y 3 hijos, encontrarse entre el segundo y tercer mes de gestación y haber tenido entre 1 y 3 controles prenatales. **Resultados:** existió un alto porcentaje de mujeres con al menos un

factor de riesgo obstétrico, lo que corresponde con las características epidemiológicas de las mujeres en edad reproductiva. Las mujeres inician la atención prenatal en el primer trimestre del embarazo y reciben el número recomendando de atenciones establecida, los partos suceden en las diferentes casas de salud y en menor proporción los partos domiciliarios. **Conclusiones:** el programa para el fomento de una cultura de prevención de riesgos en las gestantes ayudará a combatir el débil cumplimiento de los programas de educación y prevención; el bajo nivel de instrucción y el desconocimiento de la importancia de los cuidados prenatales.

Palabras clave: gestante; embarazo; prevención; riesgos obstétricos; educación; promoción y prevención

ABSTRACT

Introduction: the first risk factor in pregnancy is age. It is known that this variable can allow good fetal development or high-risk development that sometimes threatens the lives of both beings. **Objective:** to develop a program to promote a culture of risk prevention in pregnant women in a health unit in the province of Carchi, Ecuador. **Method:** a descriptive, observational and transversal research was carried out. The study population was made up of 172 pregnant women, with a predominance of: age group between 20 and 29 years, level of primary school education, married marital status, salary level equivalent to a minimum wage, having had between 2 and 3 births, having between 2 and 3 children, being between the second and third month of pregnancy and having had between 1 and 3 prenatal check-ups. **Results:** there was a high percentage of women with at least one obstetric risk factor, which corresponds to the epidemiological characteristics of women of reproductive age. Women begin prenatal care in the first trimester of pregnancy and receive the established recommended number of care. Births occur in different health homes and, to a lesser extent, home births. **Conclusions:** the program to promote a culture of risk prevention in pregnant women will help combat weak compliance with education and prevention programs; the low level of education and the lack of knowledge of the importance of prenatal care.

Keywords: pregnant woman; pregnancy; prevention; obstetric risks; education; promotion and prevention

RESUMO

Introdução: o primeiro fator de risco na gravidez é a idade, sabe-se que esta variável pode permitir um bom desenvolvimento fetal ou um desenvolvimento de alto risco que por vezes ameaça a vida de ambos os seres. **Objetivo:** desenvolver um programa para promover uma cultura de prevenção de riscos em gestantes em uma unidade de saúde da província de Carchi, Equador. **Método:** foi realizada pesquisa descritiva, observacional e transversal. A população do estudo foi composta por 172 gestantes, com predominância de: faixa etária entre 20 e 29 anos, nível de ensino fundamental, situação conjugal casada; nível salarial equivalente a um salário mínimo, ter tido entre 2 e 3 partos, ter entre 2 e 3 filhos, estar entre o segundo e terceiro mês de gestação e ter realizado entre 1 e 3 exames de pré-natal. **Resultados:** houve elevado percentual de mulheres com pelo menos um fator de risco obstétrico, o que corresponde às características epidemiológicas das mulheres em idade reprodutiva. As mulheres iniciam o pré-natal no primeiro trimestre de gravidez e recebem o número de cuidados recomendados estabelecidos. Os partos ocorrem em diferentes casas de saúde e, em menor proporção, os partos domiciliares. **Conclusões:** o programa de promoção de uma cultura de prevenção de riscos em mulheres grávidas ajudará a combater a fraca adesão aos programas de educação e prevenção; o baixo nível de escolaridade e o desconhecimento da importância do pré-natal.

Palavras-chave: gestante; gravidez; prevenção; riscos obstétricos; Educação; promoção e prevenção

Cómo citar este artículo:

Morillo Cano JR, Narváez Jaramillo ME, Morillo Chamorro MB. Prevención de riesgos obstétricos en gestantes de una unidad de salud del Carchi. Rev Inf Cient [Internet]. 2023 [citado día mes año]; 102(Supl 2):e4383. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/4383>



INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la salud de la madre continúa siendo un problema en la mayoría de los países en desarrollo, debido a las condiciones de inequidad y vulnerabilidad en que vive la mayor parte de sus poblaciones y de las deficiencias estructurales en la prestación de los servicios de salud. Para el caso de la población de mujeres en edad reproductiva, su perfil epidemiológico se caracteriza por presentar enfermedades y muertes ligadas especialmente a eventos obstétricos.

La presente investigación es un problema de la Salud Pública que afecta a nivel mundial, Ecuador no se encuentra aislado de esta problemática por lo que es necesario pensar en estrategias de prevención, que contribuyan a los lineamientos que se encuentran establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 (Toda una vida)^(2,3), la Agenda de Transformación de la Matriz Productiva, la Agenda Zonal de Desarrollo, el Plan Provincial de Desarrollo, así como el Plan de Desarrollo de la provincia del Carchi y otros documentos que rigen la política de desarrollo del país, es por esta razón que es pertinente que se establezca un programa para el fomento de una cultura de prevención de riesgos en las gestantes.

América Latina y el Caribe continúan siendo las subregiones con la segunda tasa más alta en el mundo de embarazos adolescentes, señala un informe publicado por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).^(4,5) El reporte plantea una serie de recomendaciones para reducir el embarazo adolescente, que van desde apoyar programas multisectoriales de prevención dirigidos a los grupos en situación de mayor vulnerabilidad, hasta un mayor acceso a métodos anticonceptivos y educación sexual, entre otros.

El embarazo en adolescente es un problema de salud pública que va en crecimiento en América Latina y El Caribe, uno de los factores que incide de manera directa es el nivel de escolaridad ya que en estos países predomina la población carente de educación, entre los años 2008 y 2013 estos países han reflejado un crecimiento al respecto de este tema. Ecuador no se queda muy alejado de esta realidad.

La mortalidad materna es una de las principales causas de muerte en las adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años en la región de las Américas. A modo de ejemplo, en 2014, fallecieron cerca de 1900 adolescentes y jóvenes como resultado de problemas de salud durante el embarazo, el parto y el posparto. A nivel global, el riesgo de muerte materna se duplica en madres más jóvenes de 15 años en países de ingreso bajo y mediano. Las muertes perinatales son un 50 % más alta entre recién nacidos de madres menores de 20 años comparado con los recién nacidos de madres de 20 a 29 años, indica el informe.

Un inadecuado control prenatal o la falta del mismo conllevan a la madre y a su futuro hijo a una serie de complicaciones, así como el riesgo de morbilidad durante el embarazo o incluso una muerte fetal después del nacimiento.⁽³⁾



Las complicaciones derivadas del embarazo son causa importante en la explicación de las defunciones maternas. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) las defunciones maternas se presentan entre el 11 % y el 17 % durante el parto, y entre el 50 % y el 71 % durante el posparto, el 45 % de las defunciones maternas puerperales se produce durante las primeras 24 horas, y más de las dos terceras partes durante la primera semana.⁽⁴⁾

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

A nivel mundial medio millón de mujeres mueren al año por causas asociadas al embarazo, parto o puerperio. El 99 % de estas muertes maternas ocurren en países pobres. En América Latina cerca de 22 mil mujeres fallecen anualmente por estas causas, que representan el 4 % de las muertes totales. Pese a todos los esfuerzos y a las políticas públicas, las cifras de progreso son menos alentadoras para las regiones en vías de desarrollo. El riesgo de morir aumenta 30 veces más para las mujeres embarazadas que viven en regiones en vías de desarrollo contra las que viven en regiones desarrolladas.⁽²⁾

La realidad que normalmente se refleja en la Provincia del Carchi en relación con las gestantes que acuden a los Centros de Salud es que: a) el nivel de instrucción en su mayoría es primaria, factor que incide de manera considerable en los controles prenatales, así como en el nivel de cuidados en alimentación, aseo y chequeos que debe tener para una favorable evolución de su embarazo.

Otro factor representativo es la edad de las mujeres gestantes que oscila entre 15 y 34 años de edad, las mujeres gestantes menores de 20 años reflejan una tendencia a no cumplir con los controles prenatales. La gestante de este grupo etario, se ven presionadas emocional y socialmente a cumplir su rol dentro del hogar, más por tener que hacerlo que por querer hacerlo. Las madres adolescentes no tienen la madurez emocional ni la experiencia necesaria que favorezcan el crecimiento y desarrollo adecuado en sus hijos.⁽⁸⁾

De acuerdo con la Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo Nacional⁽²⁾ en el Plan Nacional Del Buen Vivir en el Objetivo 3 señala “Mejorar la calidad de vida de la población manifestando que el objetivo primordial de la salud es garantizar condiciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que garanticen el adecuado fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida”.

En este sentido la investigación plantea como objetivo elaborar un programa para el fomento de una cultura de prevención de riesgos en las gestantes en una unidad de salud de la provincia del Carchi.

MÉTODO

La investigación fue descriptiva, observacional y transversal. Se enfocó en medir el nivel de educación prenatal que tenían las gestantes. La observación permitió medir el nivel de educación prenatal que tenían las gestantes y proponer un programa para el fomento de una cultura de prevención de riesgos en dichas gestantes.

En base a la población se definió que el Centro de salud Tipo C requirió un Equipo de Atención Integral en Salud (EAIS) conformados por 1 Médico, 1 Enfermera y 1 Técnico de Atención Primaria de Salud cada uno.

Población y muestra

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó con una población N=476 mujeres embarazadas que acuden al Centro de Salud; al 95 % de confianza (Z=1.96); y un límite aceptable de error muestral e=0,05, y un valor p y q de 0,5. De acuerdo a estas especificaciones, el tamaño muestral calculado fue de 172 pacientes.

Como se muestra:

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

$$n = \frac{(1.96)^2 * 476 * 0.5 * 0.5}{(0.05)^2 * (476 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{457.15}{2.15}$$

$$n = 212.8 = 213$$

Se lleva a cabo una técnica de observación directa, en el cual la muestra es recolectada en forma retrospectiva mediante la revisión sistemática de las historias clínicas en el año 2017 en el Centro de Salud para lo cual se utilizaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

a) Criterios de inclusión

- Pacientes que se encuentren dentro del tiempo de estudio
- Pacientes embarazadas
- Pacientes que firmen el consentimiento informado

b) Criterios de exclusión

- Pacientes que se encuentren fuera del tiempo de estudio
- Pacientes menores de 18 años de edad (adolescentes embarazadas)
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado

RESULTADOS

Según la encuesta realizada a diferentes mujeres embarazadas (Tabla 1), el 54,07 % tienen una edad entre los 20 a 29 años, el 32,56 % están entre los 30 a 44 años, el 12,21 % están entre los 15 a 19 años y un 1,16 % son mayores a 45 años.

Tabla 1. Gestantes con riesgo obstétricos según grupo etario

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
15-19	21	12,2
20-29	93	54,1
30-44	56	32,6
>45	2	1,2
Total	172	100,0

Fuente: elaboración propia.

En la Tabla 2 se muestra que la multiparidad se convierte en un factor de riesgo tanto para la madre como para el producto al momento del parto. Complicaciones como las hemorragias por atonía uterina pueden ser una de las más frecuentes.

Tabla 2. Gestantes con riesgo obstétricos según número de gestaciones

Número gestaciones	Frecuencia	Porcentaje
1	52	30,2
2-3	114	66,3
4-5	6	3,5
Total	172	100,0

Fuente: elaboración propia.

La diabetes gestacional es un factor de riesgo para el RN y para la madre, se relaciona con macrosomía y factores metabólicos. Ante la presencia de factores de riesgo no modificables y que incrementan significativamente la probabilidad de resultados adversos se deberá referir a la paciente a un nivel de atención superior (Tabla 3). De acuerdo a la significancia del factor de riesgo y si el mismo compromete el bienestar materno fetal, la referencia debe ser realizada de forma inmediata

Tabla 3. Gestantes con riesgo obstétricos según complicaciones

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	98	57,0
Diabetes	2	1,2
Otra	72	41,9
Total	172	100,0

Fuente: elaboración propia.

En el centro sanitario se observan varias dificultades que implican entre ellas: el diagnóstico errado, tratamientos ambulatorios con calmantes y la escasa oferta de servicios de los centros sanitarios cerrados durante feriados y fines de semana, con escasez de profesionales/horas de atención, que demora la realización de la consulta. (Tabla 4)

Tabla 4. Factores asociados

Factores asociados	Frecuencia	Porcentaje
Mala atención	9	5,2
Tiempo de espera	30	17,4
Temor a los exámenes	29	16,9
No recibe información	29	16,9
No puede sacar cita	47	27,3
Poca confianza	28	16,3
Total	172	100,0

Fuente: elaboración propia.

Los principales objetivos del control prenatal son identificar aquellos pacientes de mayor riesgo, con el fin de realizar intervenciones en forma oportuna que permitan prevenir dichos riesgos y así lograr un buen resultado perinatal (Tabla 5). Esto se realiza a través de la historia médica y reproductiva de la mujer, el examen físico, la realización de algunos exámenes de laboratorio y exámenes de ultrasonido. Además, es importante promover estilos de vida saludables, la suplementación de ácido fólico, una consejería nutricional y educación al respecto.

Tabla 5. Importancia de controles prenatales

Controles prenatales	Frecuencia	Porcentaje
Si	171	99,4
No	1	0,6
Total	172	100,0

Fuente: elaboración propia.

En relación con los signos de alarma entre las mujeres que fallecen por abortos provocados, (Tabla 6), se destaca frente a síntomas como hemorragia, frío, mareos. Estas señales no son percibidas como alarmas, o al menos no motivan la consulta. También se relata en forma confusa la existencia de ciertas señales por la mujer gestante como cefalea, alteraciones en la visión, hemorragia, entre otras.

Tabla 6. Signos de alarma

Signos de alarma	Frecuencia	Porcentaje
Sangrado	50	29,1
Cansancio	18	10,5
Ausencia de movimiento fetal	49	28,5
Hinchazón de pies	17	9,9
Falta de apetito	21	12,2
Fiebre	17	9,9
Total	172	100,0

Fuente: elaboración propia.

El exceso de alcohol tiene efectos adversos sobre el crecimiento del feto y en los niveles de coeficiente intelectual en la infancia. (Tabla 7). Por lo tanto, se recomienda que la embarazada evite el consumo, sin embargo, el límite de consumo no debe superar una unidad estándar por día*. *1 unidad estándar equivale a 250 ml de cerveza u 125 ml de vino.

Tabla 7. Hábitos que afectan el embarazo

Hábitos que afectan el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Consumir alcohol	43	25,0
Fumar	24	14,0
Contacto con químicos	24	14,0
Auto medicarse	39	22,7
Ejercicios de alto impacto	8	4,7
Violencia física	34	19,8
Total	172	100,0

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

Existe un alto porcentaje de mujeres con al menos un factor de riesgo obstétrico, lo que corresponde con las características epidemiológicas de las mujeres en edad reproductiva. La presencia de FRO condiciona complicaciones para la mujer y su hijo, e incrementa el riesgo de mortalidad. Es por ello que el diagnóstico preventivo y la detección oportuna deberían traducirse en acciones que contribuyan a mejores resultados en salud.

Actualmente, el control prenatal insuficiente, sigue siendo uno de los problemas de la salud pública, debido a que el control prenatal al ser un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan

condicionar morbilidad materna y perinatal, permite evaluar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo o hija, al no cumplirse esto se incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.^(9,10)

Desde el punto de vista epidemiológico es importante conocer los factores sociodemográficos asociados a un inadecuado control prenatal, porque así se plantearían estrategias de salud adecuadas para poder resolver las desigualdades en la calidad de los servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal y en el acceso a ellos; lograr una cobertura sanitaria universal para una atención integral a la salud reproductiva, materna y neonatal; abordar todas las causas de mortalidad materna, de morbilidad reproductiva y materna, y de discapacidades conexas; reforzar los sistemas de salud para que puedan responder a las necesidades y prioridades de las mujeres y niñas; y garantizar la rendición de cuentas con el fin de mejorar la calidad de la atención y la equidad.^(11,12)

El nuevo modelo de la OMS señala que cuatro controles son suficientes para la mujer embarazada sin complicaciones. Las actividades incluidas en el componente básico se dividen en tres áreas generales:

- Estudio de las condiciones socioeconómicas y de detección de patologías que aumenten la posibilidad de resultados adversos específicos.
- Intervenciones terapéuticas comprobadas como beneficiosas.
- Educación de las mujeres embarazadas sobre el reconocimiento de signos de peligro y las emergencias durante el embarazo y cómo tratarlas.

Se diseñó metodológicamente un programa educativo, para el fomento de una cultura de prevención de riesgos en las gestantes del Centro de Salud, apoyándose el mismo contribuye a la información adecuada dirigida hacia la madre, en donde se le brinda información relevante que debe ser tomada en cuenta oportunamente, ayudará a combatir el débil cumplimiento de los programas de educación y prevención; el bajo nivel de instrucción; y el desconocimiento de la importancia de los cuidados prenatales.

El control prenatal representa una oportunidad para incrementar el acceso a un parto en condiciones seguras, en un ambiente de emergencia obstétrica y atención neonatal institucional calificada. Se han reportado menos complicaciones durante el embarazo y parto. Menos pre eclampsia, infección del tracto urinario, anemia postparto y mortalidad materna, así como menor peso al nacer.⁽¹³⁾

La aparición de hipertensión y proteinuria después de la semana 20 del embarazo, se suele acompañar de edemas, pero no es necesaria la presencia de éstos para ser diagnosticada. Esta enfermedad es propia del embarazo, teniendo en cuenta que solo se puede tratar sus signos y síntomas, la cura definitiva es que el embarazo llegue a su fin. Si esta enfermedad no es tratada a tiempo puede tener graves complicaciones que pueden afectar el bienestar materno y fetal. En la mujer gestante puede complicarse desarrollando una eclampsia, o aún más grave evolucionando a un cuadro llamado síndrome de HELLP.⁽¹⁴⁾

Es preocupante el bajo nivel de calidad observado en los procesos de atención, principalmente para las mujeres con FRO, así como la inequidad, especialmente en quienes viven en condiciones de desventaja social.

Los resultados de este estudio confirman que las mujeres inician la atención prenatal en el primer trimestre del embarazo y reciben el número recomendando de atenciones según la normativa establecida por el Ministerio de Salud Pública, los partos suceden en las diferentes casas de salud y en menor proporción los partos domiciliarios.

CONCLUSIONES

Los programas de educación y prevención, bajo nivel de instrucción desconocimiento de la importancia de los cuidados prenatales, siendo a su vez identificados sus principales efectos en complicaciones durante en el embarazo, cuidados prenatales inadecuados y el abandono de cuidados prenatales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Las anomalías congénitas son la segunda causa de muerte en los niños menores de 5 años en las Américas. OMS; 2015.
2. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. Toda una Vida Senplades. Quito: Consejo Nacional de Planificación; 2017.
3. Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan Nacional del Buen Vivir. Quito: SCPD; 2013.
4. OMS. América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo [Internet]. OMS; 2018. [citado 5 Oct 2023]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14163:latin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&Itemid=0&lang=es
5. Parra Pineda O. El control prenatal [Tesis]. Colombia: Universidad Central de Colombia; 2011. [citado 5 Oct 2023]. Disponible en: https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/76133/Cap_5.pdf?sequence=22&isAllowed=y
6. Sánchez-Nuncio HR. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Méd IMSS. 2018; 2(1).
7. OMS. Componente Normativo Materno, Control Prenatal. OMS; 2008.
8. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Estudio de costos de omisión en salud sexual y reproductiva de Ecuador. Quito: Unfpa, Instituto de Salud; 2017.
9. Vargas N. Análisis del control prenatal que se brinda a las gestantes de la provincia de Heredia que tuvieron su parto en el Hospital San Vicente de Paúl. Rev Electrón Enfer Costa Rica. 2014;(26).
10. Leguizamon Vega G. Sífilis en gestantes y en recién nacidos. Rev Nac Itaugua- Paraguay. 2017; 5(1).
11. Cáceres-Manrique F. El control prenatal: una reflexión urgente. Rev Colomb Obst Gin. 2018; 65.
12. Camarena Rodríguez P. "Asociación entre los factores de abandono al control prenatal en gestantes atendidas en el hospital Marino Molina – Essalud – 2011" [Tesis de Maestría]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San



Marcos; 2012. Disponible en:
<https://hdl.handle.net/20.500.12672/2954>
13.Hernández B, Trejo J, Ducoing D, Vázquez L,
Tomé L. Guía clínica para la atención prenatal.
Rev Med IMSS; 2013.

14.Murillo L, Miranda W. Calidad del control
prenatal en el centro de salud. Ciudad Sandino,
Maranga; 2014.

Declaración de conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribución de los autores:

Todos los autores tuvieron igual contribución en la elaboración y redacción de este artículo.

Financiación:

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de este artículo.

