



Departamento de Posgrados

Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria

**Control prenatal insuficiente y su asociación con
factores sociodemográficos y apoyo familiar. Centro
de Salud Nabón, 2014**

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria**

Autora: Dra. Catalina Elisabeth Minga Minga

Directora: Dra. Luci Amparito Matailo Montenegro

Cuenca, Ecuador, 2016

Dedicatoria

Su ayuda ha sido fundamental, han estado conmigo incluso en los momentos más turbulentos. Este proyecto no fue fácil, pero estuvieron motivándome y ayudándome hasta donde sus alcances lo permitían.

A mi esposo Antonio y mi hija Salomé por brindarme el tiempo necesario para culminar este proyecto y realizarme profesionalmente.

Agradecimiento

Al concluir esta etapa de mi vida quiero agradecer a Dios por haber guiado mis pasos y permitirme terminar otra etapa más de mi vida, a mis padres quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo y guía en todo momento, animándome siempre para seguir adelante.

A Antonio y mi pequeña Salome, por el tiempo que dedicaron para apoyarme en el este proceso.

A mi directora de tesis Dra. Luci Matailo que más que tutora ha sido amiga, guiándome y compartiendo todos sus conocimientos, experiencias, animándome y motivándome a trabajar día a día para ser mejor persona y médico.

Resumen

Se trata de un estudio que intenta determinar la asociación entre control prenatal insuficiente con factores sociodemográficos y apoyo familiar, en el centro de salud Nabón en el año 2014. Es un estudio analítico transversal, que valoró a 50 mujeres que acudieron a control prenatal, mediante una entrevista a domicilio se les aplicó una encuesta que contiene datos demográficos como edad, etnia, número de embarazo, número de controles prenatales médicos y por comadrona, medio de transporte utilizado para llegar al centro de salud, confiabilidad en el personal médico que proporcionó la atención y apoyo familiar que recibieron durante su embarazo, a fin de establecer la influencia en el control prenatal inadecuado, que puede poner en riesgo la vida de la madre y el hijo y con ello la inestabilidad de la familia.

La información fue procesada en una base de datos en el programa SPSS versión 20 y Microsoft Excel, para el análisis se utilizó estadísticas descriptivas e inferenciales: media, desviación estándar, razón de prevalencia y Odds ratio con un intervalo de confianza del 95% y un nivel de significación estadístico $p < 0,05$.

RESULTADOS: El promedio de controles prenatales fue de 7,38; para la etnia mestiza 8,7 y para la indígena 7,3.

Los factores sociodemográficos como la edad, etnia, nivel de instrucción, número de gestas no guardan relación con el número de controles prenatales, el estado civil presentan una P 0,18 con IC 95% de 1,05 a 9,67 y un OR de 4,7 con un IC de 1,01 a 21,9, y el apoyo familiar una P 0,18 con un IC 0,06 a 0,41 y un OR de 0,05 con IC al 95% de 0,004 a 0,55, constituyendo estas dos variables factores que influyen para que las maternas no cumplan con un control prenatal adecuado,

CONCLUSION. Existen factores sociales y personales asociados con un control prenatal inadecuado

PALABRAS CLAVES: control prenatal, factores socio demográficos y apoyo familiar.

ABSTRACT

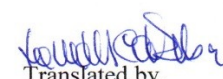
The aim of this study is to determine the association between insufficient prenatal control with sociodemographic factors and family support at the Nabón health center during 2014. This is a cross-sectional analytical study, which evaluated 50 women who went to the health center for prenatal control. A survey was conducted through home interviews in order to establish the influence on inadequate prenatal control, which could endanger the life of mother and child; and thus, the instability of the family. The demographic data collected referred to age, ethnicity, number of pregnancies, number of prenatal medical and midwife controls, as well as means of transport used to reach the health center, reliability of medical personnel who provided the care and support received during their pregnancy. The information was processed in a SPSS version 20 and Microsoft Excel database programs. Descriptive and inferential statistics were used for the analysis: mean and standard deviation; prevalence ratio and Odds ratio with a 95% confidence interval, and a statistically significant association level of $p < 0.05$

RESULTS: The mean of prenatal controls was 7.38; for mestizo ethnicity 8.7 and for indigenous patients 7.3. Socio-demographic factors such as age, ethnicity, level of education, and number of pregnancies are not related to the number of prenatal controls. Civil status has a P 0.18 with 95% CI of 1.05 to 9.67 and an OR of 4.7 with a CI of 1.01 to 21.9. Family support has a P 0.18 with an IC 0.06 to 0.41 and an OR of 0.05 with 95% CI of 0.004 to 0.55. Consequently, these two variables are factors that influence the fact that mothers do not comply with adequate prenatal control.

CONCLUSION: There are social and personal factors associated with inadequate prenatal control

KEYWORDS: Prenatal Control, Socio Demographic Factors and Family Support.




Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

Índice de Contenidos	Página
Resumen.....	iv
Palabras claves.....	iv
Abstract y keywords.....	v
INTRODUCCIÓN.....	1
Situación problemática.....	2
Formulación y justificación del problema.....	3
Objetivos.....	4
Hipótesis.....	4
Marco teórico.....	4
CAPÍTULO I. MATERIALES Y MÉTODOS.....	9
Operacionalización de variables.....	10
CAPÍTULO II. RESULTADOS.....	12
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN.....	25
CONCLUSIONES.....	27
RECOMENDACIONES.....	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
ANEXOS.....	31

Índice de figuras**Páginas**

Figura N° 1 Distribución de mujeres grupos de edad.....	18
Figura N° 2 Distribución según étnia.....	18
Figura N° 3 Distribución según grupo de edad y autoidentificación étnica.....	19
Figura N° 4 Distribución según estado civil.....	19
Figura N° 5 Distribución según grupo de edad y estado civil.....	20
Figura N° 6 Distribución según étnia y estado civil.....	20
Figura N° 7 Distribución por número de embarazo y grupo de edad.....	21
Figura N° 8 Distribución según etnia y número de controles prenatales.....	21
Figura N° 9 Distribución según grupo edad y número de embarazo.....	23
Figura N° 10 Distribución según etnia y número de controles prenatales realizados en centro de salud Nabón.....	23
Figura N° 11 Distribución según etnia y número de gesta.....	23
Figura N° 12 Distribución según etnia y número de controles prenatales realizados por médico.....	24
Figura N° 13 Distribución según etnia y número de controles prenatales realizados por comadrona.....	24
Figura N° 14 Distribución según estado civil y número de controles médicos.....	25
Figura N° 15 Distribución de acuerdo al sitio donde se realizó control prenatal.....	25
Figura N° 16 Distribución por nivel de instrucción.....	26
Figura N° 17 Distribución por nivel de instrucción y étnia.....	26
Figura N° 18 Distribución según etnia y confianza en la atención médica recibida.....	27
Figura N° 19 Distribución según apoyo familiar recibido y étnia.....	27
Figura N° 20 Distribución según medio de transporte por el cual llegan al centro de salud Nabón.....	28
Figura N° 21 Distribución según apoyo familiar recibido y grupo de edad.....	28

Índice de anexos

paginas

Anexo 1: Formulario de Consentimiento informado.....	32
Anexo 2: Formulario de recolección de datos.....	33

Catalina Elisabeth Minga Minga

Trabajo de Graduación

Directora: Luci Amparito Matailo Montenegro

Febrero 2016

Control prenatal insuficiente y su asociación con factores sociodemográficos y apoyo familiar. Centro de salud Nabón, 2014

INTRODUCCION

El embarazo es una etapa que marca la vida de toda mujer, representa una experiencia vital y en cierta medida es una manifestación de su autorrealización, es una etapa en la que se presentan una serie de expectativas y cambios con mayor o menor vulnerabilidad; siendo los cambios fisiológicos y psicosociales los que provocan mayor impacto en la mujer; en este contexto se plantea una serie de cuidados enfocados a prevenir y diagnosticar tempranamente cualquier afección que repercuta en el binomio madre-hijo.

La OMS considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como una estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la morbilidad materna-neonatal, y está en relación directa con la precocidad con la cual se realiza la primera visita, un número deficiente de controles durante el embarazo y el hecho de no haber recibido una atención adecuada durante el parto¹.

Varios estudios internacionales señalan que las lesiones y muertes maternas, así como las muertes neonatales se pudieran evitar si las mujeres recibieran una atención oportuna durante su periodo gestacional, en el parto y postparto².

En la gran mayoría de países Latinoamericanos y del Caribe, se ha implementado la política de 5 controles prenatales mínimos para embarazo de bajo riesgo perinatal, con esto se pretende disminuir las altas tasas de mortalidad materna e infantil, además de garantizar las mejores condiciones de salud y vida de este grupo poblacional.

Considerando la norma vigente del MSP en el país para el Componente Materno Neonatal, se define al Control Prenatal como "El conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a."³

Los controles prenatales se deben ser: Completo e Integral, Precoz, con Enfoque Intercultural, Periódico y Efectivo. Además de que todo control prenatal debe incluir acciones de Promoción, Prevención, Recuperación y Rehabilitación de la salud materna y neonatal.

Los factores relacionados con un control prenatal insuficiente como: imposibilidad de reconocer signos y síntomas de alarma gravídico puerperales, falta de información sobre la importancia del control prenatal y exámenes complementarios, bondades y ventajas de la

lactancia materna, cuidados elementales del recién nacido, riesgos ante períodos inter-genésicos cortos y la falta de incorporación de métodos de planificación familiar que pueden implementarse en cada caso particular, son entre otros, algunos de los problemas que se derivan de la ausencia de un seguimiento durante la etapa gestacional que incluya una valoración completa y de calidad.

La inequidad en salud está en relación con la inaccesibilidad a los servicios de salud, falta de atención profesional, mortalidad materna y perinatal y el aspecto ético-científico que el médico debe demostrar en la atención de la salud materna, respeto a los derechos reproductivos, equidad, no discriminación, participación y solidaridad, considerando la visión de salud como un derecho dentro del entorno social.

Situación problemática

En la actualidad la mortalidad materna es considerada como un problema de salud pública, principalmente en los países en vía de desarrollo, situación sobre la cual los principales organismos encargados de vigilar la salud de la población como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y a nivel local el Ministerio de Salud Pública (MSP) han establecido programas que permitan reducir los índices de mortalidad materna que se han venido registrando desde hace varias décadas.

Según la Organización Mundial de la Salud, diariamente mueren 1.500 mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto. Se calcula que en 2005 hubo 536.000 muertes maternas en todo el mundo, la mayoría correspondió a los países en desarrollo y la mayor parte de ellas podían haberse evitado (OMS, 2008)

Hay numerosas causas directas e indirectas de muerte durante el embarazo, el parto y el puerperio; aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas.

A nivel nacional se tiene una razón estimada por año de 59,90 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, revisando resultados históricos se puede observar que entre el año 2006 y el 2011 se registraron 38,78 y 70,44 muertes respectivamente.

En el año 2013 la principal causa de mortalidad materna fue debida a causas obstétricas directas como hipertensión arterial, hemorragia, eclampsia, sepsis, entre otros, con un total de 121 defunciones que representan una razón de mortalidad del 35,69%.

La mortalidad materna constituye un problema multidimensional que evidencia inequidades en los ámbitos económicos, sociales e incluso medio ambientales, los cuales influyen de manera directa en las cifras. Factores como el nivel de escolaridad, el lugar de residencia, la edad, la etnia y la cultura, entre otros, forman parte del problema, que al ser identificados tempranamente mediante un control prenatal adecuado, acorde a las necesidades individuales, podrían reducirse notablemente la situación.

En Perú, el ministerio de salud en el 2009 estimó que por cada muerte materna ocurren 10 muertes perinatales; las cuales están vinculadas, a factores de salud materna y a la inadecuada atención prenatal, del parto y del recién nacido.

En México, se determinó que de los casos de muerte materna solo el 54,8% tenía control prenatal⁵ ; en Colombia, se identificó que la ausencia de control prenatal aumenta el riesgo de muerte materna (OR: 8,0 IC 95% 2,3-28,3), el grupo de menor riesgo fueron los que tenían entre 5 y 9 controles, mientras que los de mayor riesgo estaban entre 1 y 4 controles, el riesgo aumenta cuando no se tiene ningún control (OR: 11,7)⁶.

Son numerosas las estrategias que a nivel nacional el Ministerio de Salud Pública viene aplicando para alcanzar una cobertura del 100% en control prenatal sin resultados favorables, en la zona 6 que comprende Azuay, Cañar y Morona Santiago, según datos de la dirección zonal de provisión y calidad de los servicios en salud, en el 2014 la cobertura de control prenatal fue del 37,8% considerando las mujeres que acudieron a control por primera vez, y que en el 2015 estos valores se incrementaron al 83,4% y a nivel local, en el Centro de Salud Nabón, las coberturas fueron del 82% y 80,7% durante los años 2013 y 2014, respectivamente.

El control prenatal, conjuntamente con el parto institucional y el seguimiento del recién nacido son las estrategias de reducción de la mortalidad materna más adecuadas, por lo que el abandono o un control prenatal inadecuado, impide realizar una serie de actividades preventivas y de promoción de la salud en la gestante y la familia.

Formulación y justificación del problema.

El cantón Nabón está ubicado en la provincia del Azuay a 69 km de la ciudad de Cuenca, tiene una extensión de 668,2 Km², constituido por 4 parroquias, con una población según datos del INEC 2010, de 15.982 mil habitantes, de los cuales el 55% está concentrada en la parroquia Nabón, siendo ésta una de las únicas parroquias de la provincia del Azuay que tienen población indígena que representa el 34% de la población total del cantón y en donde se encuentran las mayores inequidades en relación a otras parroquias que son menos pobladas.

Al ser una zona multiétnica y con una marcada dispersión geográfica dificulta la accesibilidad a las unidades de salud, que sumadas a otras características socio demográficas en la población que cursa con un embarazo como: edad, número de gestación, estado civil, etnia, escolaridad y confiabilidad en los servicios de salud, predispone a que exista un menor control prenatal y la presencia de riesgos para la madre y el hijo.

Por lo expuesto se plantea que el presente estudio pretende determinar la asociación del control prenatal con factores sociodemográficos como edad, etnia, estado civil, nivel de

instrucción, número de hijos, confianza en atención médica y apoyo familiar, como una barrera para que las maternas de las comunidades no cumplan con lo establecido en la normativa vigente del ministerio de salud y sea la base sobre la cual se puedan plantear nuevas estrategias para que las mujeres se beneficien de los servicios médicos y se logre vincular toda la cosmovisión de la parte indígena y mestiza al proceso educativo-formativo y de seguimiento de las gestantes en todos los sectores del cantón.

Objetivo general

Determinar la asociación del control prenatal insuficiente con factores sociodemográficos como edad, etnia, estado civil, nivel de instrucción, número de gesta, confianza en atención médica y apoyo familiar.

Objetivos específicos

- Determinar el número de embarazos atendidos en el centro de salud durante el año 2014.
- Establecer el número de controles prenatales que las gestantes se realizaron durante el año 2014.
- Determinar la asociación de los factores sociodemográficos como edad, sexo, etnia, estado civil, instrucción, número de gesta con un control prenatal insuficiente.
- Determinar el apoyo familiar que recibieron las gestantes que acudieron al centro de salud durante el año 2014.

Hipótesis

La presencia de factores socio-demográficos como edad, etnia, estado civil, nivel de instrucción, número de gesta, confianza en atención médica y apoyo familiar, influyen negativamente en los controles prenatales que se realizan las gestantes en el centro de Salud Nabón.

Marco Teórico

Reportes del Fondo de las Naciones Unidas para la infancia UNICEF ⁷, señalan la realidad en cifras del control prenatal en nuestro país. El número de mujeres gestantes que acuden a al menos 4 controles prenatales alcanza el 57.5% y el 84,2% acuden por una sola ocasión durante su embarazo, constituyendo un factor de riesgo para que las gestantes y su producto puedan presentar diversas alteraciones durante esta etapa así como también en el parto y postparto inmediato, el no haber realizado un seguimiento y con ello un control prenatal óptimo, no se prestará las debidas precauciones ante tal situación, lo que lleva a desenlaces fatales, que compromete no solo la vida del niño y su madre sino que es una afectación familiar, comunitaria y social.

A pesar de ser el control prenatal una de las estrategias para la reducción de la muerte materna y neonatal y existir en el país algunas normas y protocolos vigentes como El Componente Materno Neonatal y los Cuidados Obstétricos Neonatales (CONE), no se ha podido alcanzar las metas planteadas por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y el MSP contrariamente a los esfuerzos que realizan las unidades médicas de atención; frente a esto es fundamental realizar un estudio a nivel local que permita determinar las posibles causas para que se presente este problema.

La OMS señala que el control prenatal debe ser precoz, lo ideal es que se inicie antes de cumplirse el primer trimestre gestacional. En nuestro medio, según las normas vigentes del MSP³, se debe realizar antes de las 14 semanas de gestación, a diferencia de otros países como España donde se realiza antes de la semana 10 de gestación⁹; y cuando el control se realiza de manera parcial, como en nuestro país, menos de 5 controles durante todo el periodo gestacional, se produce un evento denominado abandono al control prenatal.

Igualmente, la OMS refiere que el 63% de las embarazadas en África, 65% en Asia y 73% en Latinoamérica asisten al menos a una consulta de control prenatal (CPN), con una media de 4 controles. Además hace hincapié en que el cuidado materno es una prioridad, que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal¹⁰.

En un estudio realizado en Brasil¹¹, en 4.552 gestantes evaluadas se encontró que el promedio de controles prenatales era de 6,2, de ellos 66,1% fue considerado como un control prenatal inadecuado, entendiéndose como inadecuado cuando este control se iniciaba posterior a las 15 semanas de gestación y una diferencia entre el número de controles prenatales realizados estuvo por debajo del 50% de los controles prenatales esperados, en ese país, el mínimo esperado son 6 controles mayor o igual a las 37 semanas, 5 cuando se encuentra entre las 33 a 36 semanas, 4 cuando se encuentra entre las 29 a 32 semanas, 3 cuando se encuentra entre las 24 a 28 semanas y 2 cuando es menor a las 24 semanas. Otro estudio en ese mismo país identificó un 40% de control prenatal inadecuado, y encontró asociación con el embarazo no planificado, insatisfacción por el embarazo y el no vivir con el padre de su hijo¹². Por otro lado las mujeres que estaban por su segundo o más partos tuvieron una probabilidad significativamente mayor de reportar uso inadecuado del control prenatal, finalmente el ingreso familiar estuvo inversamente asociado con una atención inadecuada.

Se ha identificado que existe casi tres veces mayor probabilidad de terminar en parto pretérmino con un control prenatal inadecuado, también se ha demostrado que el peso muy bajo al nacer es menos frecuente en los controles prenatales adecuados (2,9%) que en los controles prenatales inadecuados (15,7%)¹³. En Venezuela, se encontró que la mortalidad perinatal se relacionó inversamente con el número de consultas prenatales, cuando bajaba

las consultas prenatales aumentaba la mortalidad perinatal y viceversa¹⁴.

Un estudio realizado en el Perú, identificó que en puérperas del Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima sólo el 7,4% tenía un control prenatal adecuado, es decir más de 6 controles prenatales en los tiempos indicados por el Ministerio de Salud, también se encontró asociación entre control prenatal inadecuado con paridad mayor a dos, así mismo el ser primigesta se asoció a mayor número de controles prenatales. La falta de cumplimiento del control prenatal está vinculada con una serie de factores culturales, sociales, institucionales, personales que repercuten en la calidad de un control oportuno que la materna se realice¹⁵. En Haití, se determinó que los controles prenatales aumentan cuando se sabe que viven con su pareja, (90% en el área rural y 82,9% en el área urbana), incluso se ha determinado que uno de los factores asociados para la utilización del control prenatal fue la educación secundaria de la pareja (OR= 2,6)¹⁶.

Los estudios internacionales indican que la mayoría de lesiones y muertes maternas, así como casi tres cuartas partes de las muertes neonatales se podrían evitar si las mujeres recibieran la atención oportuna durante el embarazo, el parto y el posparto².

La determinación de factores que asocian el abandono del control prenatal, pueden ser de ayuda para la gestión de los servicios de salud, la atención de salud y la educación. Para la gestión de los servicios el tener conocimientos sobre factores que afectan la adherencia y las atenciones de los servicios de control prenatal se obtendría información para la instalación de ciclos de mejora en los servicios. Para los profesionales de la salud y en especial para el médico de familia que constantemente interacciona con las usuarias y su entorno, le serviría como herramienta de predicción para identificar pacientes que no concluirán sus atenciones. Así mismo, en los elementos educativos como las sesiones de psicoprofilaxis, la misma consulta prenatal y la estimulación prenatal, espacios donde se puede indagar sobre eventos de los servicios prestados y dar a conocer los riesgos a los cuales las gestantes se exponen al no culminar sus controles prenatales, puesto que es seguro que los factores que se asocian en el ámbito urbano, no serán los mismos que afecten en el rural, a las diferentes etnias y dentro de las familias aquellas que cursen por un ciclo vital familiar específico.

Son numerosas las estrategias que a nivel nacional el Ministerio de Salud Pública viene aplicando para alcanzar una cobertura del 100% en control prenatal sin resultados favorables. En la zona 6 que comprende Azuay, Cañar y Morona Santiago, según datos de la dirección zonal de provisión y calidad de los servicios en salud, en el año 2014 la cobertura de control prenatal fue del 37,8% considerando a las mujeres que acudieron a control por primera vez, y en el 2015 estos valores se incrementaron al 83,4% y a nivel

Local en el Centro de Salud Nabón, las coberturas fueron del 82% y 80,7% durante los años 2013 y 2014, respectivamente.

El control prenatal, conjuntamente con el parto institucional y el seguimiento del recién nacido son las estrategias de reducción de la mortalidad materna más adecuadas.

En este contexto, el médico de familia desempeña un rol fundamental, al vincularse con cada una de las familias y conocer la realidad en la cual viven y se desarrollan; es el profesional idóneo para llevar a cabo el seguimiento de las embarazadas de bajo riesgo y hacer las derivaciones cuando el caso lo amerite, reflexionando que el solo cumplimiento de los controles prenatales no garantiza la calidad de la atención, pues requiere que, en cada una de las visitas se proporcione un conjunto de actividades y procedimientos que vinculen a la embarazada, a la pareja, la familia y la comunidad, con la finalidad de identificar factores de riesgo y enfermedades que pueden incidir en el equilibrio biopsicosocial de la mujer y su familia, y reconocer que al tener un nuevo miembro en el hogar, el equilibrio normal se altera y que este proceso de adaptación tanto del padre como de la madre pueden predisponer a situaciones inesperadas como prematuridad del recién nacido, defectos genéticos, gastos económicos, posibles duelos, etc., que solo el acompañamiento durante este proceso de gestación permitirán conocer y proporcionar las herramientas necesarias para afrontar estos sucesos.

Espinosa y colaboradores¹⁷ en Brasil publicaron un estudio cuyo objetivo fue describir el perfil demográfico, conductual y clínico de las embarazadas hospitalizadas en maternidades públicas e identificar los factores asociados con seis o más consultas prenatales, para ello, realizaron un estudio transversal en 1380 mujeres, aplicando un cuestionario cara a cara que contenían variables sociodemográficas, variables clínicas, obstétricas, historia de violencia doméstica, revisando también el carnet prenatal. Para el análisis de datos aplicaron distribución de frecuencias, OR con IC 95% y modelo de regresión múltiple.

Encontraron que el 77% de los participantes tenían 6 o más consultas prenatales. El tener 9 años de escolaridad (OR: 1,8 IC95% 1,1-3,1), el estar casada (OR: 1,9 IC95% 1,2 – 2,9) y el parto a término (OR: 3,6 IC95% 1,6-8,2) se asociaron de forma independiente con 6 o más consultas prenatales.

En el Ecuador, se realizó un estudio sobre los factores que inciden en la adherencia al control prenatal en mujeres gestantes en el sub centro de salud del cantón Quero, provincia de Tungurahua, en el período agosto 2012 - marzo 2013 y se concluyó que los principales factores que inciden son el lugar de procedencia, el tiempo, la ocupación y el nivel de educación, además que la mayoría de embarazadas solo acuden de 1-3 veces al control¹⁸.

En el Azuay, en la parroquia Cumbe, se realizó otro estudio a 27 mujeres que acudieron a control prenatal durante el año 2011, y se concluye que existe una asociación entre funcionalidad familiar y bajo número de controles durante la gestación, hay preferencia por el parto a domicilio con atención de partera e influencia de factores económicos y dispersidad geográfica¹⁹.

Considerando que la población del Cantón Nabón es multiétnica y pluricultural, es importante también establecer la relación del cuidado prenatal con factores sociodemográficos ya que pueden variar entre estos grupos poblacionales. Al respecto en el cuidado en las gestantes de comunidades indígenas hay una investigación hecha con una comunidad indígena del Perú ²⁰, se llegó a la conclusión de que para los pueblos indígenas la salud es un estado dinámico de equilibrio interno entre el cuerpo y el espíritu, que depende del estado de armonía interna y externa, con los demás seres humanos, la naturaleza y el cosmos en general. En lo concerniente a las prácticas de cuidado de las gestantes consisten en el autocuidado basado en la cuidadora principal por excelencia, la mujer *Shipibo-conibo*, que ha prevalecido a través del tiempo, también el uso de plantas medicinales para mejorar las molestias del parto, la utilización de materiales rústicos, conocimientos transmitidos por las mujeres más antiguas de las familias sobre la preparación del embarazo, parto y cuidados inmediatos del recién nacido. Se encontró que la mujer partera es un símbolo de servicio, por lo que goza de gran reconocimiento y merito por parte de la comunidad, siendo la principal artífice de los momentos trascendentales durante el embarazo y parto, además de cumplir con los cuidados inmediatos del recién nacido de forma tradicional.

CAPITULO 1: MATERIALES Y METODOS.

El presente trabajo se realizó en el cantón Nabón, parroquia Nabón, en el Centro de Salud Nabón, al cual se hallan adscritos 9 barrios urbanos y 17 comunidades rurales (Casadel, Taro, Charqui, Patadel, Puca, La Cruz, Hermano Miguel, Salacota, La Playa, Chunazana, Tiopamba, El Salado, Chacanillas, Turupamba, Cercapamba, Membrillo, Puca Chico), en donde se procuró establecer la asociación entre el control prenatal con factores socio demográficos y apoyo familiar en las mujeres gestantes que acudieron a su control durante el año 2014 y que pertenecen a la zona de influencia de esta unidad de salud.

Al ser el control prenatal un pilar fundamental que nos permite la identificación de factores de riesgo para actuar oportunamente y lograr un proceso gestacional óptimo para la madre y el feto para reducir el impacto que podrían desencadenarse y considerando que en el Centro de Salud las coberturas de control prenatal no alcanzan las metas planteadas por el MSP de llegar al 100% de gestantes y lograr que estas se realicen por lo menos lo establecido en la normativa vigente en el país de 5 controles prenatales durante el período gestacional de un embarazo de bajo riesgo, se desea establecer cuáles son los factores que están influyendo para que las gestantes no acudan a consulta médica, las razones para la falta de apego al control formal y buscar estrategias que permitan ampliar esta cobertura de salud.

De acuerdo a la información del departamento de estadística del distrito de salud Nabón-Oña, en el presente estudio se contó con un universo de 68 mujeres que estuvieron gestantes en el año 2014 y que acudieron al Centro de Salud Nabón a realizarse control médico prenatal. Al momento de realizar la investigación de campo en el año 2015, 7 mujeres ya no residían en la comunidad, 6 mujeres manifestaron su decisión de no participar en la investigación y 5 mujeres no pudieron ser ubicadas en sus domicilios, quedando constituida una muestra propositiva de 50 mujeres, pertenecientes a diferentes comunidades que se hallan adscritas al Centro de Salud, mismas que aceptaron participar en el estudio y suscribieron el correspondiente consentimiento informado (Anexo 1).

El estudio que se realizó es analítico transversal, en el que se relacionan un conjunto de variables sociodemográficas y apoyo familiar con control prenatal inadecuado.

Las variables involucradas en el presente estudio son las siguientes: control prenatal, edad, estado civil, nivel de instrucción, número de gestación, número de controles prenatales, confiabilidad en la atención medica recibida, medio de transporte para acceder a la atención formal y apoyo familiar recibido durante la gestación.

Operacionalización de Variables.

Variable	Definición	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo expresado en años.	Años cumplidos	Menos de 20 años De 20 a 35 años Mayor a 35 años
Autoidentificación Étnica	Personas que se autodefinen con alguna nacionalidad o pueblo por sus valores o prácticas culturales que los distinguen de otros grupos humanos.	Encuesta de campo	Indígena Mestizo Blanco Montubio Afro ecuatoriano Otro.
Estado Civil	Situación actual de la persona, determinada por su relación de familia que establece ciertos derechos y deberes.	Encuesta de campo	Con pareja (Casada Unión Libre) Sin pareja (Soltera, Divorciada y Viuda)
Nivel de Instrucción	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso.	Años aprobados	Ninguna y primaria Secundaria y mas
Número de Gestación	Es el número de embarazo que tiene una mujer en un periodo determinado de tiempo.	Número de gestas	Primigesta Multigesta
Número de controles prenatales	Es el número de controles que la embarazada se realiza durante su período de gestación.	Numéro de controles prenatales realizados según historia clínica	Menos de 5 controles Más de 5 controles
Confianza en	Es la creencia en	Encuesta de campo	Si confianza

atención recibida	que una persona o grupo será capaz de actuar adecuadamente en una determinada situación y pensamiento.		No confianza
Medio de transporte	Medio que una persona usa para desplazarse de un lugar a otro.	Medio utilizado para llegar a unidad de salud	Caminando Transporte propio Transporte Alquilado Transporte público
Apoyo familiar	Es alguien de la familia que sirve de sostén a otro.	Encuesta de campo	Si No
Control Prenatal	Actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo que repercutan en el binomio madre-hijo.	Historia Clínica	Menos de 5 controles médicos. 5 y más controles médicos.

A partir de la operacionalización de variables se elaboró un formulario, el cual fue validado con una prueba piloto en las comunidades de La Playa y Chunazana.

El levantamiento de la información estuvo a cargo de la autora y se realizó a través de visitas domiciliarias, en el periodo comprendido entre los meses de enero a marzo del año 2015.

Con la información recopilada se construyó una base de datos con apoyo del programa SPSS versión 20, se elaboraron tablas, figuras e indicadores de relación con apoyo del programa ya mencionado y Micros Excel, a partir de las cuales se elaboró el informe de los resultados.

CAPITULO 2: RESULTADOS

La muestra de 50 mujeres que estuvieron embarazadas en el año 2014, están comprendidas por edades entre 15 y 36 años, con una media de 24,8 años, y un desvío estándar de 5,5 años.

Según el grupo de edad se encuentra que la mayor parte de las mujeres están en el grupo de 20 a 35 años, que representan el 78% del total de las encuestadas, como puede apreciarse en la figura N°1.

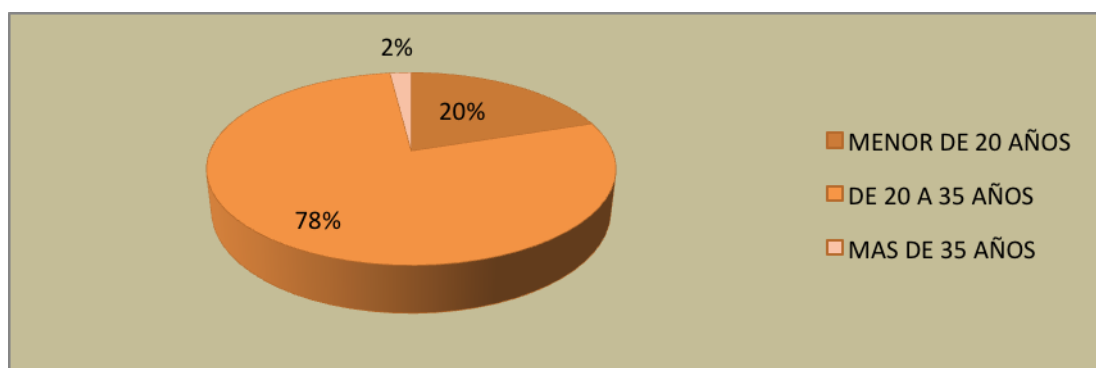


Figura N° 1: Distribución de 50 mujeres embarazadas por grupos de edad.

Fuente: Encuesta de campo.

Elaboración: La autora.

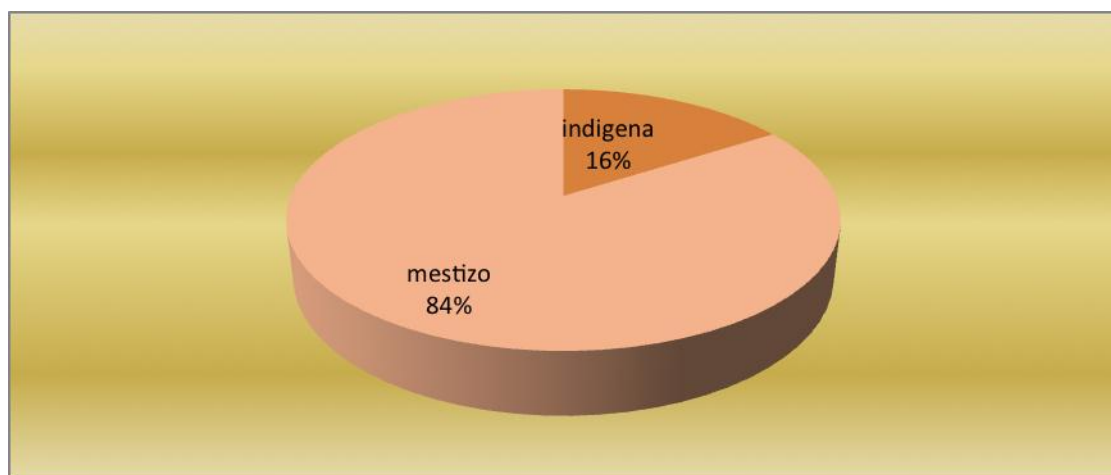


Figura N° 2: Distribución por etnia

Fuente: Encuesta de campo

Elaborado por: La autora

Del total de mujeres encuestadas, 84% se auto identifican como mestizas y el 16% como indígenas.

Al considerar la etnia en cada grupo etario el mayor porcentaje de mujeres se auto identifican como mestizas y están en el grupo de 20 a 35 años de edad con un 70%, la edad promedio de las indígenas es de 21 años, con un desvío estándar de 5,2, y en las mestizas la edad promedio es de 25,5 años con un desvío estándar de 5,3 años.

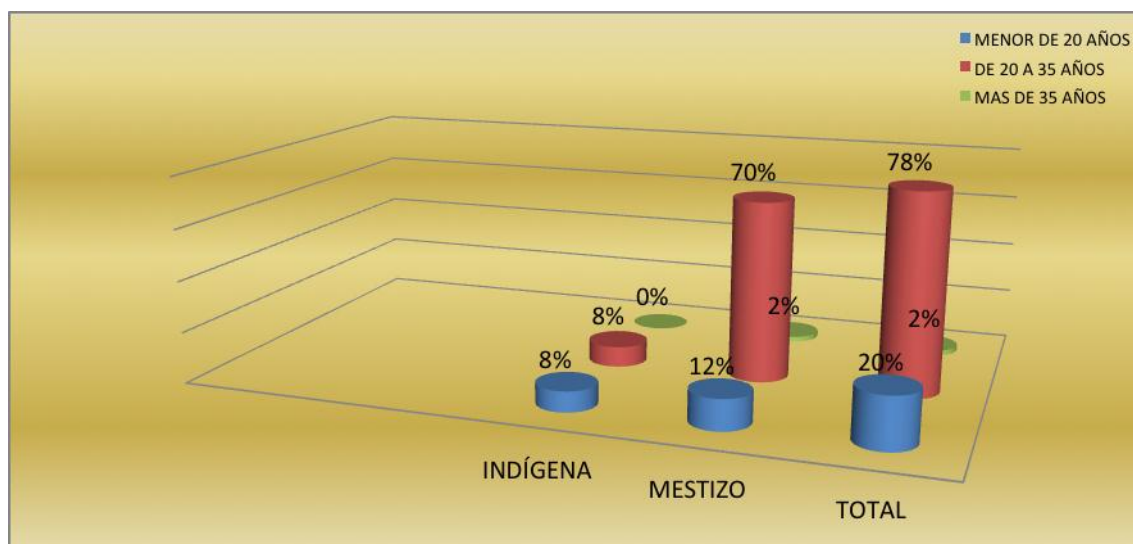


Figura N° 3: Distribución según grupo de edad y autoidentificación étnica

Fuente: Encuesta de campo

Elaborado por: La autora

Considerando el estado civil, el 44% de mujeres viven en unión libre, 36% son casadas, 18% solteras y 2% divorciadas, situación que se describe en la figura N°4.

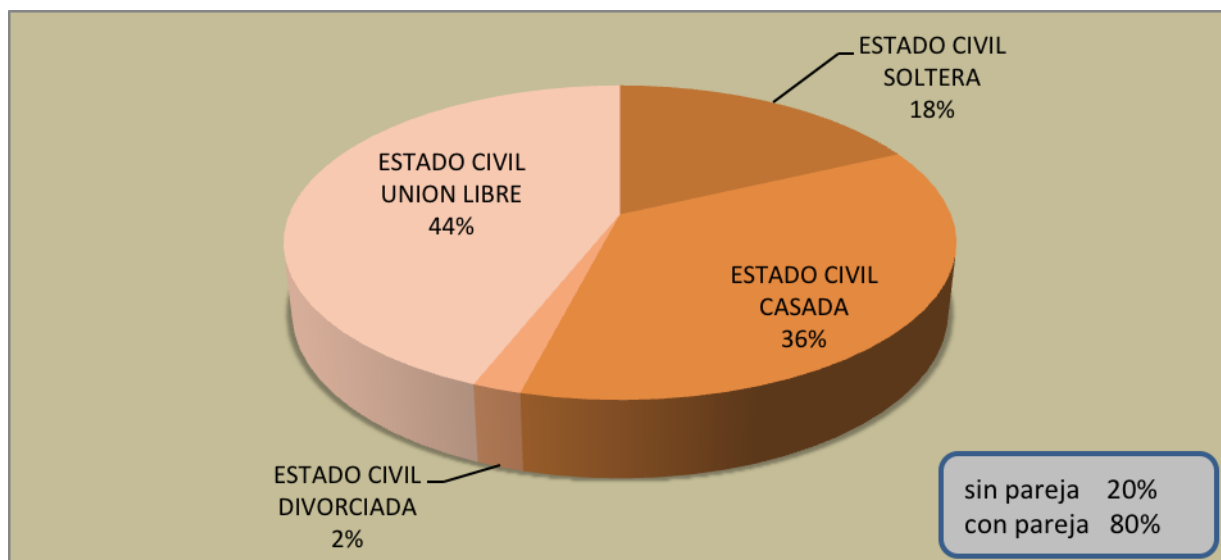


Figura N° 4: Distribución según estado civil

Fuente: Encuesta de campo

Elaborado por: La autora

Del total de encuestadas se las clasifica en aquellas mujeres con pareja 80% y sin pareja 20%.

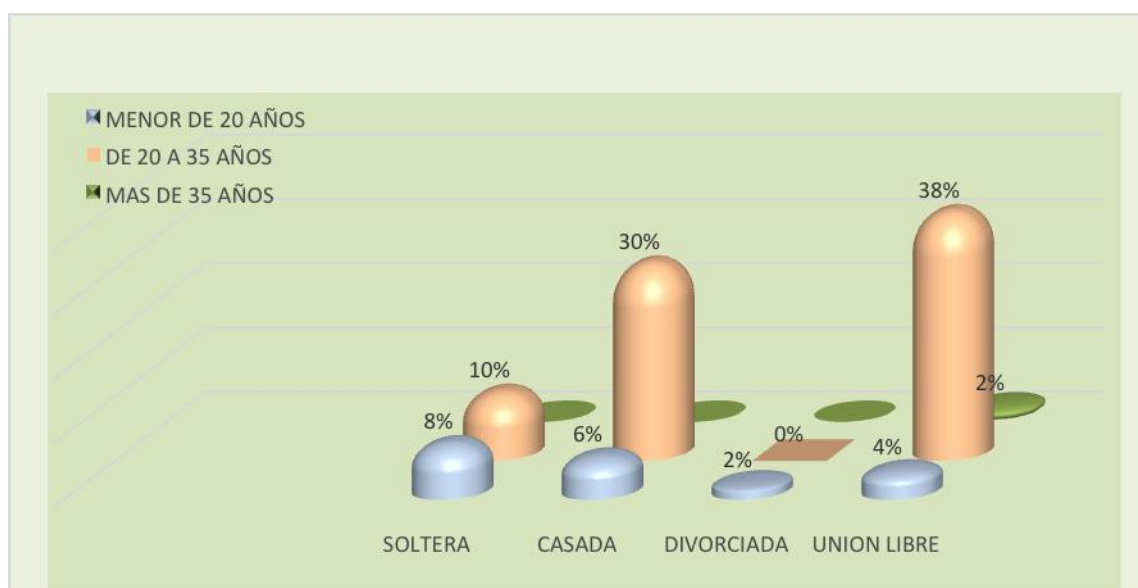


Figura N° 5: Distribución según grupo de edad y estado civil

Fuente: Encuesta de campo

Elaborado por: La autora

En el grupo de mujeres menores de 20 años 6% son casadas y 8% solteras, en el de 20 a 35 años predomina las casadas y las de unión libre 30% y 38% respectivamente y en el grupo de más de 35 años existe solo una mujer en unión libre. Por lo tanto el 8% de las menores de 20 años tienen pareja y el 12% de este mismo grupo etario no lo tienen, en el grupo de 20 a 35 años de edad, 68% y 10% corresponden a las mujeres con y sin pareja respectivamente y en el grupo mayor de 35 años solo hay un 2% que tiene pareja.

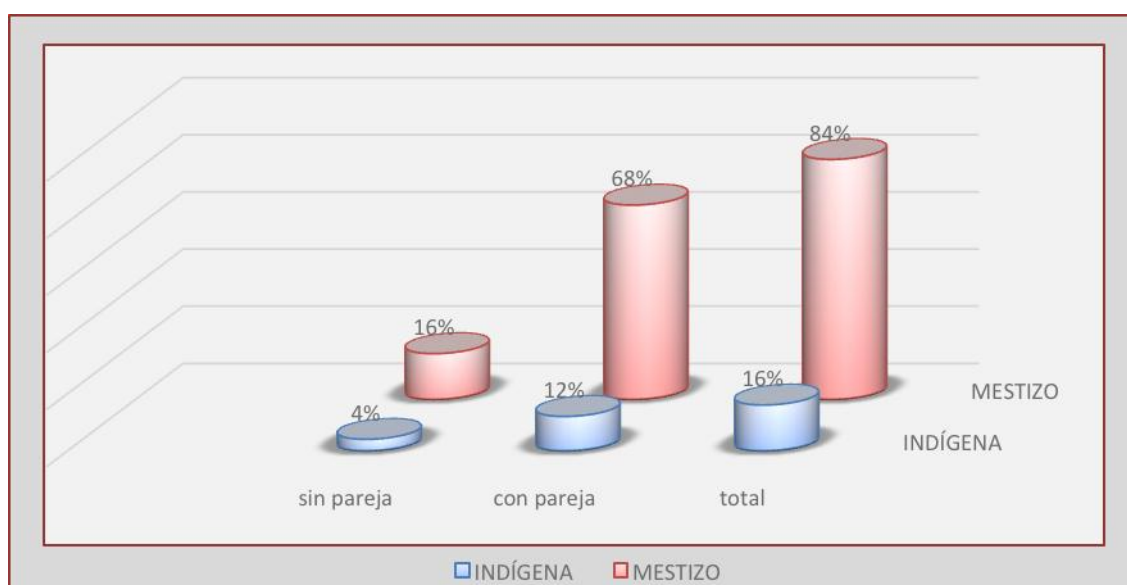


Figura N° 6: Distribución según etnia y estado civil

Fuente: Encuesta de campo

Elaborado por: La autora

De acuerdo al estado civil, el 68% de mestizas y 12% de indígenas tienen pareja y el 16% de mestizas y 4% de indígenas no tienen ningún tipo de vínculo o pareja alguna.

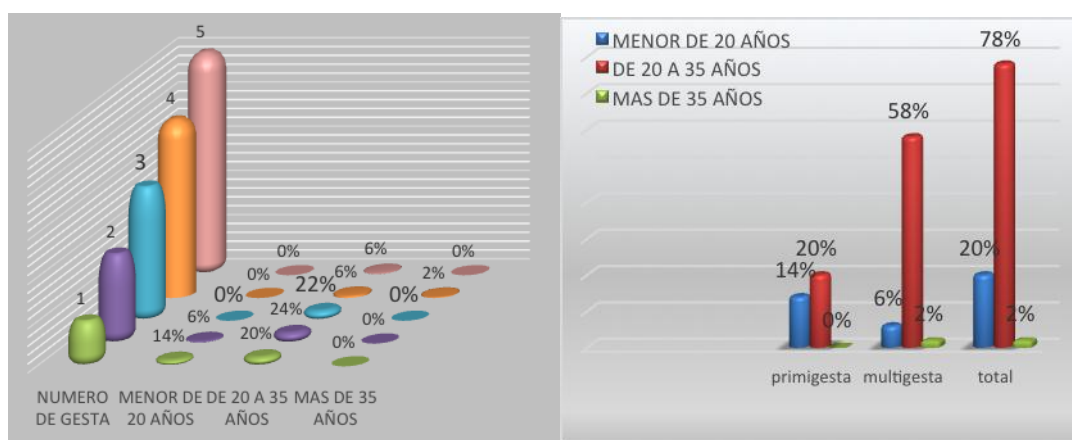


Figura N° 7: Distribución por número de gestas y grupo de edad.

Fuente: Encuesta de campo

Elaborado por: La autora

En cuanto al número de gestas que las mujeres tienen, el promedio es de 2,2 gestas con un desvío estándar de 1,18, se observa que el mayor número de gestas está en el grupo de 20 a 35 años con un 58% de mujeres multigestas y 20% en primigestas, en tanto que las mujeres mayores de 35 años representan solo un 2% y son multigestas,

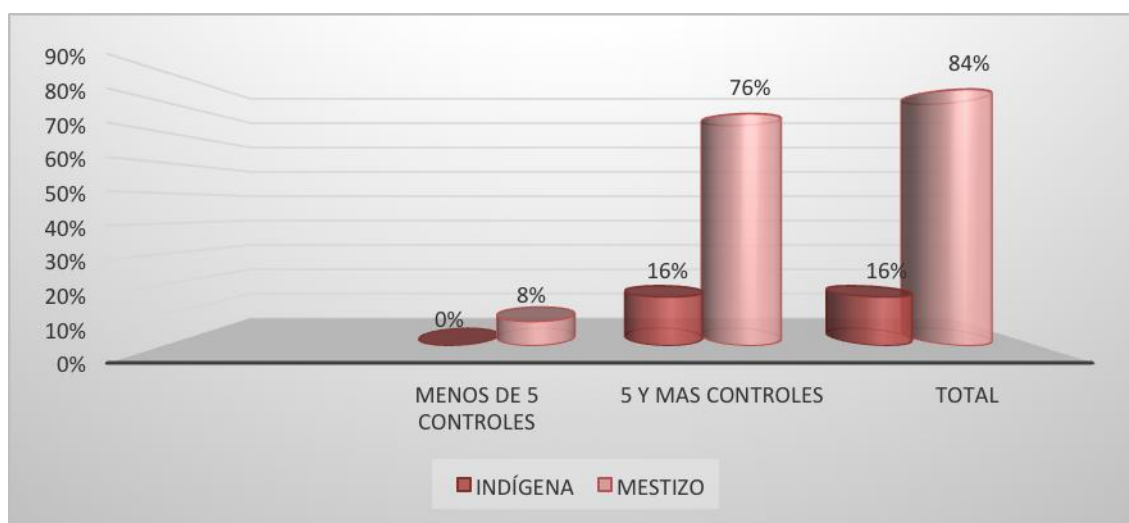


Figura N° 8: Distribución según etnia y número de controles prenatales.

Fuente: Encuesta de campo

Elaborado por: La autora

El número de controles prenatales, van desde 1 hasta 22, así los datos que se reflejan en el gráfico precedente, reportan que el 76% de mujeres mestizas y el 16% de indígenas tienen más de 5 controles prenatales, y que el 8% de mestizas tienen menos de 5 controles prenatales, con una media de 8,5 y un desvío estándar de 3,7 controles. En la etnia indígena el promedio de controles es de 7,3 con un desvío estándar de 2,1 y en las mestizas la media de controles y el desvío estándar son de 8,7 y 3,9 respectivamente.

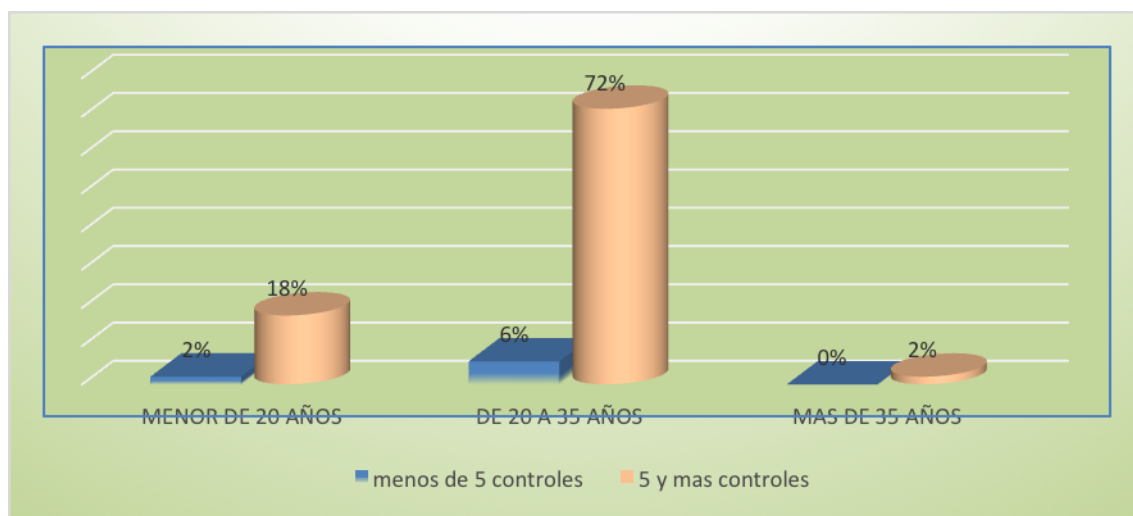


Figura N° 9: Distribución según grupo de edad y número de controles prenatales.

Fuente: Encuesta de campo

Elaborado por: La autora

Considerando el número de controles prenatales por grupo etario, se puede establecer que el 72% de mujeres de 20 a 35 años de edad y el 18% en las menores de 20 años tienen más de 5 controles prenatales y que el 6% y 2% en mujeres de 20 a 35 años y menores de 20 años respectivamente tienen menos de 5 controles prenatales durante su gestación, las mujeres más de 35 años tienen más de 5 controles prenatales.

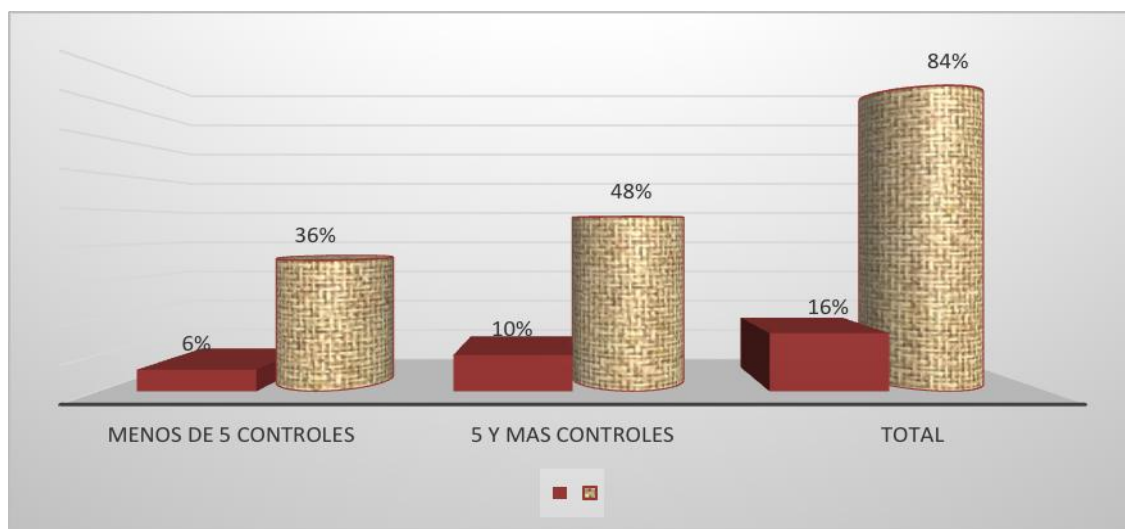


Figura N° 10: Distribución según etnia y número de controles prenatales realizados en el Centro de Salud Nabón.

Fuente: Encuesta de campo

Elaborado por: La autora

En la tabla precedente se observa que el 48% de mestizas y 10% de indígenas tienen más de 5 controles prenatales, los que tienen menos de 5 controles representan el 36% y 6% respectivamente en la etnia mestiza e indígena, con ello se establece que en el centro de salud Nabón, se tiene una media 5,14 controles prenatales con un desvío estándar de 2,8; en la etnia indígena la media de controles es de 5,25 y un desvío estándar de 2,3 controles,

en tanto que en la étnia mestiza el promedio de controles es de 5,11 con un desvío estándar de 3,0 controles prenatales.

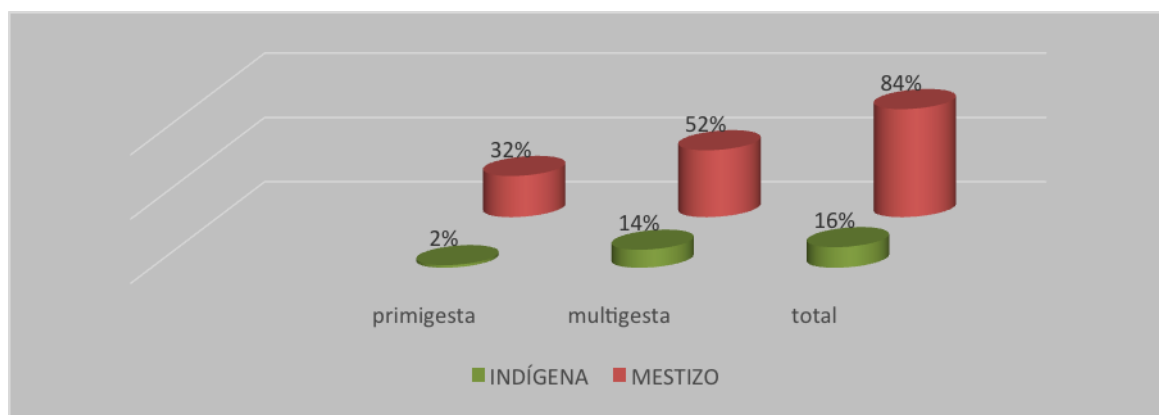


Figura N°11: Distribución según etnia y número de embarazo.

Fuente: Encuesta de campo

Elaborado por: La autora

De acuerdo a la étnia y al número de gesta, las primigestas representan el 32% en mestizas y el 2% en indígenas y las multigestas constituyen el 52% y 14% en mestizas e indígenas respectivamente, con un promedio de gestas en las indígenas de 2,6 y un desvío estándar de 1,30 gestas y en las mestizas un promedio de gestas de 2,14 con un desvío estándar de 1,15 gestas.

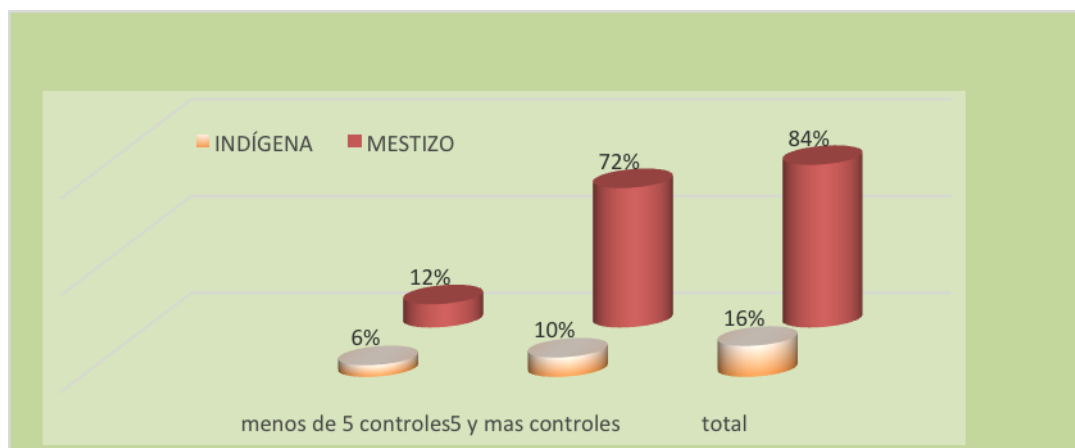


Figura N°11: Distribución según etnia y número de controles prenatales realizados por médico.

Fuente: Encuesta de campo

Elaborado por: La autora

En la figura se observa que el 72% de las mujeres que se auto identifican mestizas y 10% de las indígenas tienen más de 5 controles prenatales realizados por personal profesional y el 12% de mestizas y 6% de indígenas tienen menos de 5 controles prenatales, con una media de 5,3 controles y un desvío estándar de 2,3 controles en la etnia indígena y una media de 7,3 y un desvío estándar de 2,9 controles en la etnia mestiza.

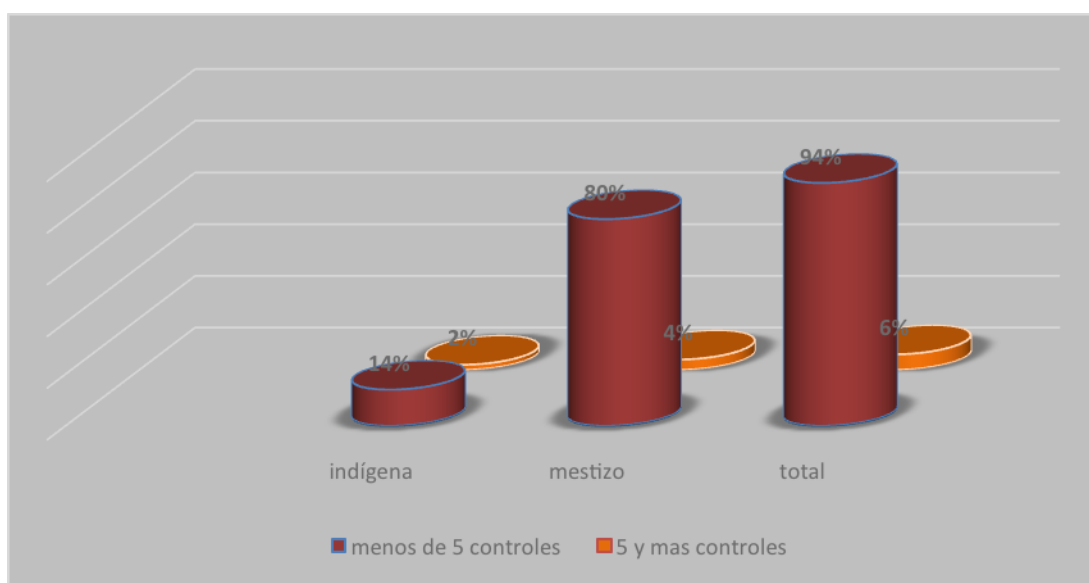


Figura N°12: Distribución según etnia y número de controles prenatales realizados por comadrona

Fuente: Encuesta de campo

Elaborado por: La autora

De los controles prenatales realizados con Comadrona, el 80% de la etnia mestiza y el 14% de la etnia indígena acuden menos de 5 veces a control con comadrona, en tanto que del total de encuestadas el 4% de mestizas y 2% de indígenas tienen más de 5 visitas a este agente de salud, con un promedio de visitas de 2,8 y un desvío estándar de 2,17 visitas. En la etnia indígena se observa un promedio de 3,2 controles con comadrona con un desvío estándar de 2,2 y el promedio y desvío estándar de visitas que las mestizas tienen con este agente de salud es de 2,7 y 2,1 respectivamente.

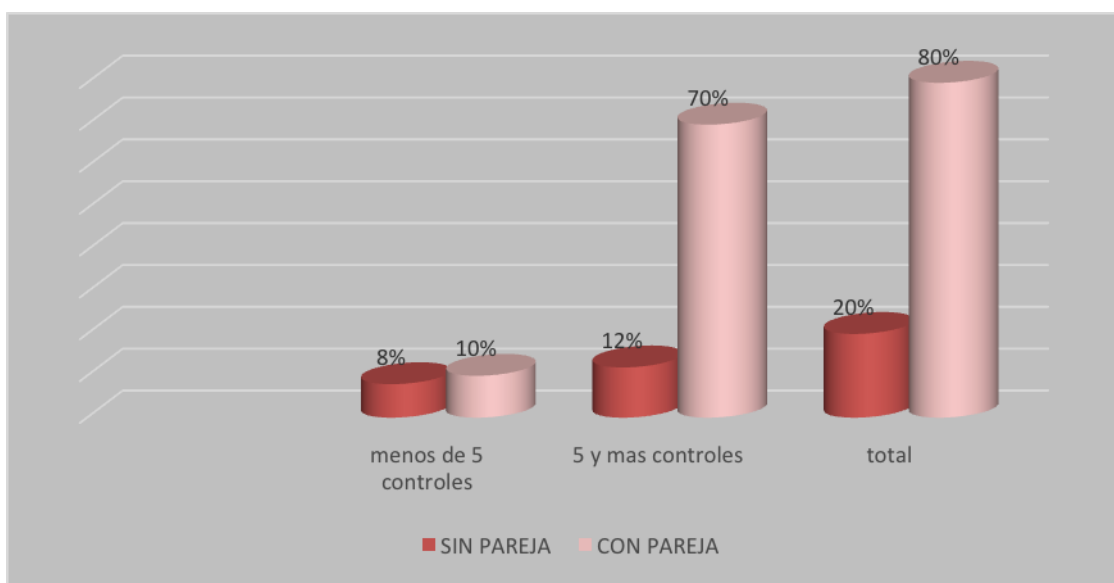


Figura N° 14: Distribución según estado civil y número de controles prenatales.

Fuente: Encuesta de campo

Elaborado por: La autora

De acuerdo a la tabla se observa que el 70% las mujeres que tienen pareja y 12% de las que no tienen pareja, se realizan más de 5 controles prenatales; en tanto que el 10% de las que tienen pareja y 8% sin pareja tienen menos de 5 controles médicos.

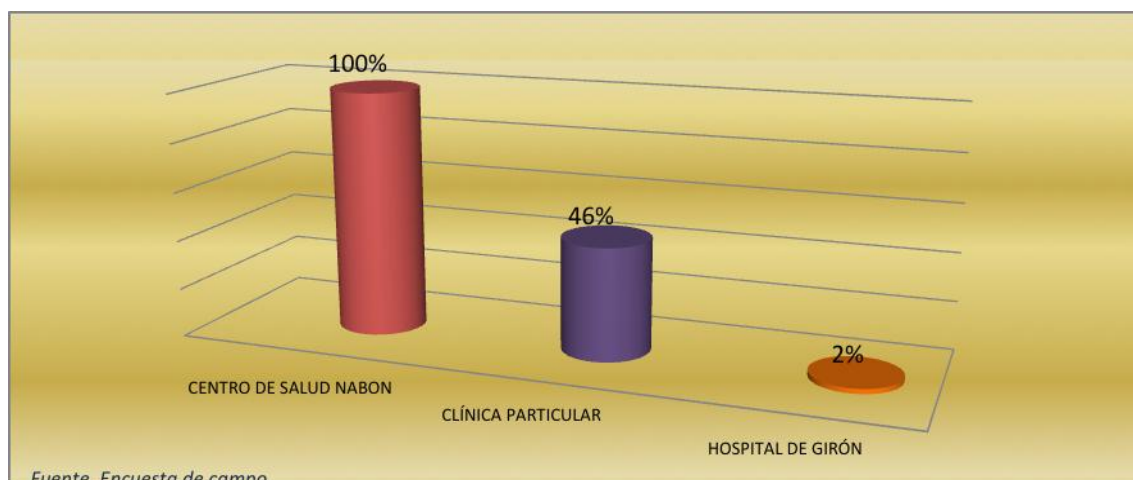


Figura N°15: Distribución según lugar donde se realizó el control prenatal

Fuente: Encuesta de campo

Elaborado por: La autora

En cuanto al lugar donde se realizan los controles prenatales, en el grafico se puede observar que el 100% de mujeres se realizan control en el Centro de Salud Nabón, y de éstas adicionalmente también se realizan en otros establecimientos como Clínica particular el 46% y en Hospital de Girón un 2%.

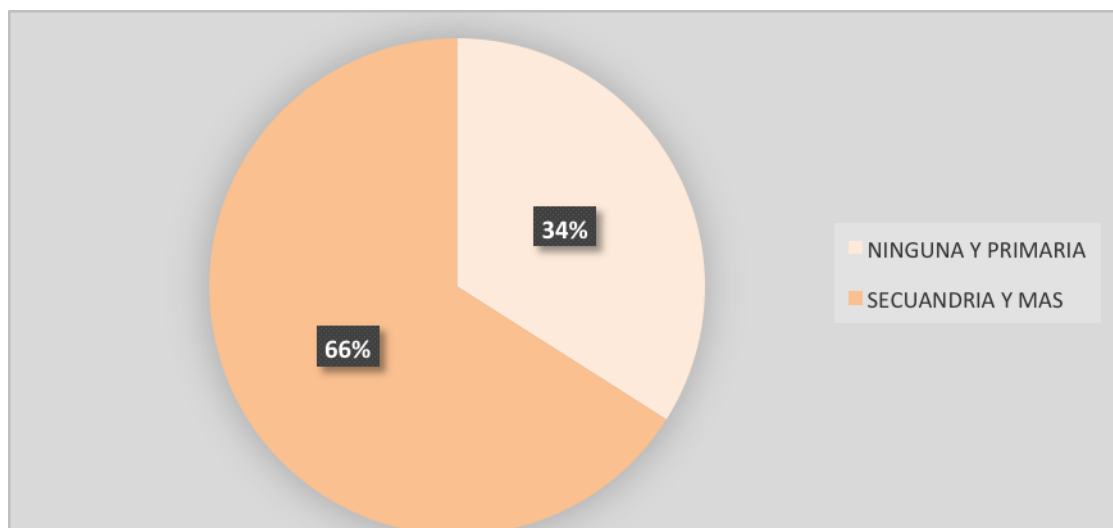


Figura N°16: Distribución según nivel de instrucción

Fuente: Encuesta de campo

Elaborado por: La autora

Según el nivel de instrucción de las maternas encuestadas, el 34% tienen primaria o ninguna instrucción formal, el 66% restante han culminado sus estudios secundarios y más.

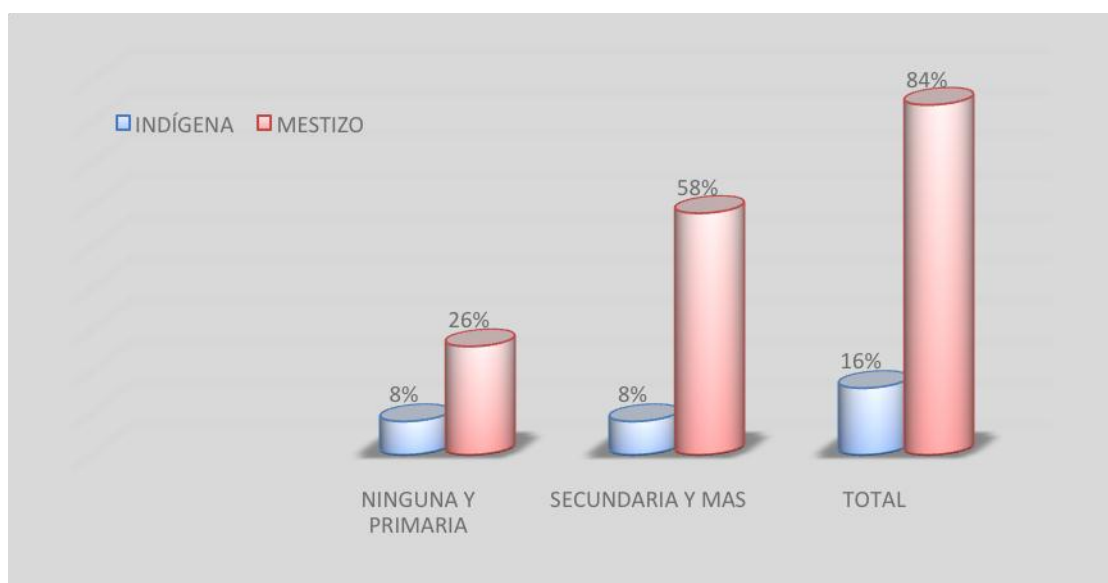


Figura N°17. Distribución de acuerdo a autoidentificación étnica e instrucción.

Fuente: Encuesta de campo

Elaborado por: La autora

El 58% de las mujeres que se auto identifican como mestizas tienen un nivel de escolaridad mayor con respecto a la etnia indígena donde se evidencia igual porcentaje (8%) entre las que tienen una educación primaria y/o secundaria.

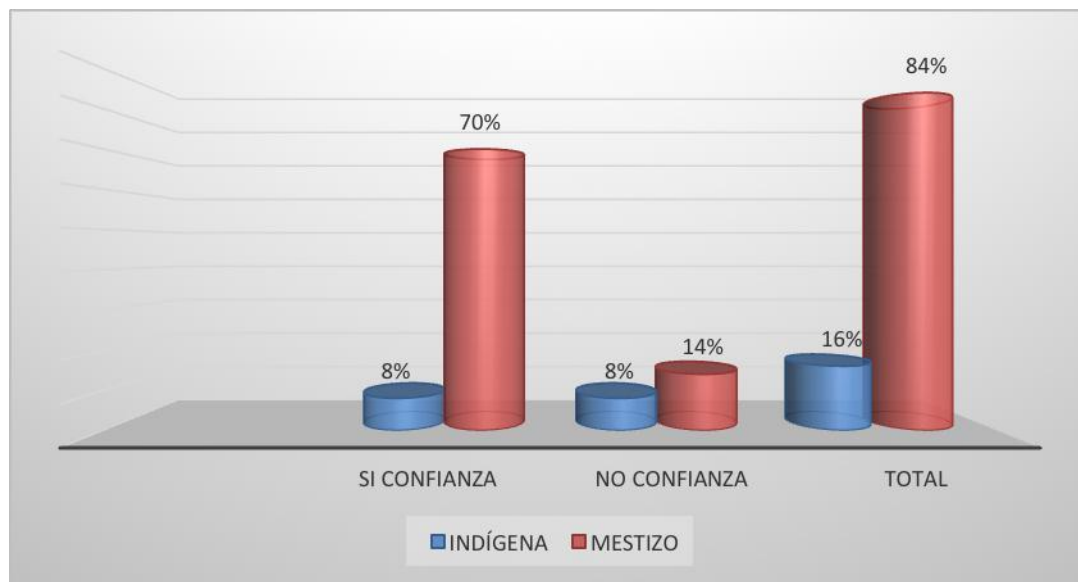


Figura N°18. Distribución según confianza en profesionales en la atención recibida

Fuente: Encuesta de campo

Elaborado por: La autora

En la figura se puede observar que el 78% de mujeres atendidas en el Centro de Salud Nabón tiene confianza en la atención médica recibida, existe un 22% que refieren no tener confianza en los profesionales que brindan la atención médica.

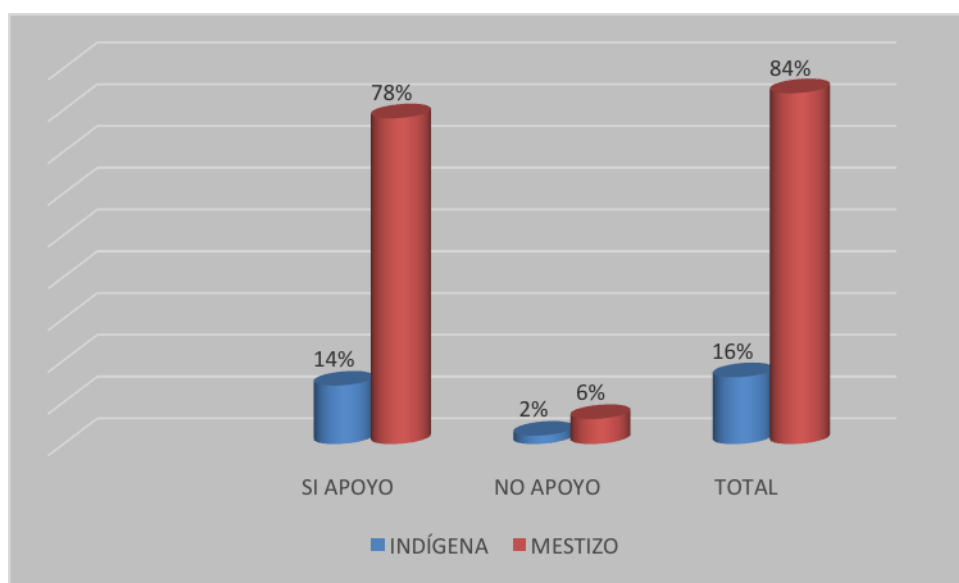


Figura N°19: Distribución según étnia y apoyo recibido en el embarazo

Fuente: Encuesta de campo

Elaborado por: La autora

Con respecto al apoyo que la materna recibió durante su periodo gestacional, se tienen que el 78% de las mestizas y 14% de las indígenas tuvieron apoyo familiar, mientras que el 6% de mestizas y 2% de indígenas reportan ningún tipo de apoyo durante esta etapa de gestación.

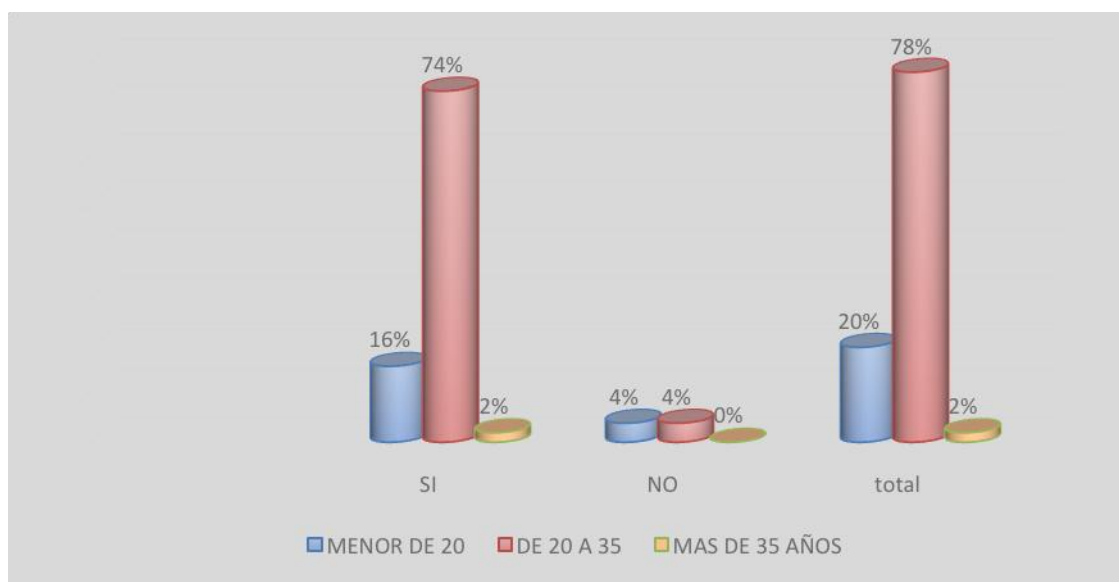


Figura N°20. Distribución según edad y apoyo recibido durante el embarazo

Fuente: Encuesta de campo

Elaborado por: La autora

En el gráfico se expresa que las mujeres cuyas edades oscilan entre 20-35 años de edad son las que mayor apoyo recibieron durante su gestación.

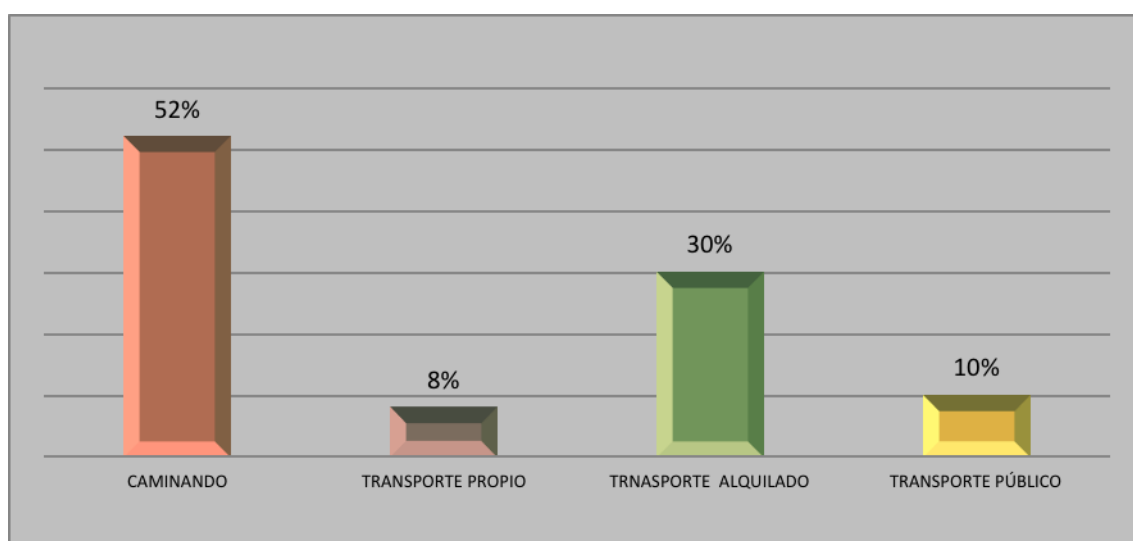


Figura N°21. Distribución según medio por el cual llegan al centro de salud Nabón.

Fuente: Encuesta de campo

Elaborado por: la autora

En la figura se observa que el 52% de mujeres llegan caminando hasta el Centro de Salud, 30% lo hacen en transporte alquilado, 8% en transporte propio y un 10% lo hacen a través de Transporte Público.

RELACION DE VARIABLES							
			IC 95%			IC 95%	
VARIABLES	P	RP	LIMITE INFERIOR	LIMITE SUPERIOR	OR	LIMITE INFERIOR	LIMITE SUPERIOR
CONTROL PRENATAL TOTAL Y ETNIA	0.09	0.5	0.03	8.24	0.5	0.02	9.9
CONTROL PRENATAL MEDICO Y ETNIA	0.18	2.64	0.82	8.39	3.6	0.68	18.9
CONTROL PRENATAL TOTAL Y GRUPO EDAD	0.08	1.18	0.13	10.21	1.2	0.11	12.6
CONTROL PRENATAL MEDICO Y GRUPO EDAD	0.18	1.05	0.25	4.17	1,01	0.18	5,6
CONTROL PRENATAL MEDICO Y ESTADO CIVIL	0.18	3.2	1.05	9.67	4.7	1.01	21.9
CONTROL PRENATAL MEDICO Y NIVEL INSTRUCCIÓN	0.18	1.53	0.48	4.8	1.7	0.39	7,24
CONTROL PRENATAL MEDICO Y APOYO FAMILIAR	0.18	0.17	0.06	0.41	0.05	0.004	0.55
CONTROL PRENATAL MEDICO Y NUMERO GESTA	0.18	0.52	0.12	2,22	0.49	0.09	2.58
CONTROL PRENATAL MEDICO Y CONFIABILIDAD EN SERVICIOS	0.18	0.94	0.26	4.26	0.98	0.18	5.69

1.-CONTROL PRENATAL TOTAL Y ETNIA: Al establecer la relación entre las variables de control prenatal y etnia, se tienen una Rp de 0,5 con un intervalo de confianza del 95% (0,03 a 8,24); lo que implica que la relación de estas variables no es estadísticamente significativa puesto que el intervalo incluye el valor de 1, por lo que no puede asumirse que el control prenatal inadecuado dependa de la étnia; sino por el contrario pudieran estar influenciado otros factores socioculturales y/o personales.

2.-CONTROL PRENATAL MEDICO Y ETNIA: con respecto al control prenatal realizado por profesional médico y etnia, existe una $P = 0,18$, que nos indica que el riesgo de incumplimiento del controles prenatales adecuados es en la etnia indígena es 0,18 veces más que en la mestiza, con un OR de 3,6 y un IC 95% de 0,68 a 18,9 asociación no es estadísticamente significativa.

3.-CONTROL PRENATAL TOTAL Y GRUPO EDAD: considerando la edad de las gestantes y clasificándolas en los dos grupos que involucran a aquellas con mayor riesgo como son las menos de 19 años adolescentes y las que tienen más de 35 años, con el grupo de mujeres con edad ideal para la procreación de 20 a 35 años, se evidencia que las edades extremas tiene un riesgo de $P=0,08$ de incumplir con la normativa vigente en el país de realizarse al menos 5 controles prenatales, un OR de 1,2 con un IC que va de 0.11 a 12,6, reflejando que esta asociación no es significativa y que por lo tanto la edad de la gestante no es un factor que afecte en el número de controles que se pueda realizar una materna.

4.-CONTROL PRENATAL MEDICO Y GRUPO EDAD: al analizar solo los controles prenatales realizados por facultativo en el mismo grupo de edades, se tiene que las maternas que se encuentran en edades extremas tiene un riesgo de $P=0,18$ de incumplir con un control prenatal adecuado, un OR de 1,01 con un IC de 0.18 a 5,6, que indicaría que la edad no es un factor determinante para que las mujeres no acuda a controlar su embarazo con personal profesional.

5.-CONTROL PRENATAL MEDICO Y ESTADO CIVIL: en esta asociación entre mujeres con compromiso y mujeres sin compromiso, se tiene que las gestantes que no tienen compromiso (solteras y divorciadas) presentan un riesgo de incumplimiento de control prenatal de $P = 0.18$ con respecto a las que si tiene compromiso (casadas y unión libre), con un OR de 4.7 y un IC 95% de 1.01 a 21,9, estadísticamente significativo, reflejando que **el estado civil es un factor que influye negativamente** para las que las maternas no tengan un control prenatal adecuado.

6.-CONTROL PRENATAL MEDICO Y NIVEL INSTRUCCIÓN: en cuanto al nivel de instrucción que las maternas tienen, aquellas con un nivel básico de instrucción tiene un riesgo de incumplimiento de $P = 0,18$ en relación a las que llegaron a ser bachilleres y/o tienen un nivel superior de educación, con un OR de 1.7 y un IC 95% de 0.39 a 7.24, lo que nos indica que esta asociación no es estadísticamente significativa y que por lo tanto el nivel de instrucción no es un factor que define para que la mujer gestante tenga o no un control prenatal optimo durante su gestación.

7.-CONTROL PRENATAL MEDICO Y APOYO FAMILIAR: el apoyo familiar que las gestante recibieron o no durante esta etapa de su vida indica que, aquellas que no recibieron ningún tipo de apoyo presenta un riesgo de $P = 0,18$ de incumplir la normativa vigente en el MSP del ecuador de mínimo 5 controles prenatales, en relación a las que tuvieron apoyo familiar, con un OR de 0.05 y un IC 95% de 0,004 a 0.55, lo que nos indica que esta asociación es

estadísticamente significativa, demostrando que el contar con el apoyo de la familia favorece a que las mujeres acudan para realizarse un control prenatal adecuado.

8.-CONTROL PRENATAL MEDICO Y NUMERO GESTA: el riesgo que las mujeres primigestas presentan en relación a las multíparas es de P 018, con un OR de 0.49 y un IC de 0.09 a 2,58, asociación sin relevancia estadística, que indica que el número de embarazo no es un factor que influya para que la mujer acuda o no a realizarse control médico durante su embarazo.

9.- CONTROL PRENATAL MEDICO Y CONFIABILIDAD EN LA ATENCION MEDICA: el incumplimiento de un control prenatal adecuado debido a la falta de confiabilidad que las maternas tienen en relación con aquellas que si confían en la atención profesional recibida, presenta un riesgo de P 0,18, con un OR de 0.98 y un IC 95% de 0,18 a 5.69, lo que nos indica que esta asociación no es estadísticamente significativa, demostrando que la confiabilidad o no en los profesional que brindan atención a las maternas no influye para que estas acudan a realizarse un control prenatal optimo y cumplan con la normativa vigente.

CAPITULO 3: DISCUSIÓN.

Se realizó el cruce de las distintas variables y principalmente la variable etnia con la variable común que es el número de controles prenatales, estableciéndose que:

De acuerdo a la edad de las encuestadas, se observó que el promedio de edad es de 24,8 años, con una desviación estándar de 5,5, el grupo más numeroso de mujeres se encuentran entre los 20 a 35 años y representan el 78% del total investigado, 20% son menores de 20 años y solo existe un 2% que tienen más de 35 años de edad.

Un 84% del total de encuestadas se auto identifican como mestizas y el 16% de este grupo se auto identifican como indígenas.

En cuanto al estado civil, el 80% de mujeres tiene una pareja estable y el 20% no tienen pareja.

Según el nivel de instrucción, 26% de mujeres mestizas tienen un nivel de escolaridad básico (ninguna y primaria) y el 44% de las mujeres de esta etnia tienen una escolaridad con un nivel secundario y/o superior, en la etnia indígena el 8% tienen una escolaridad básica e igual porcentaje se evidencia en aquellas con mayor nivel de instrucción.

El promedio de gestas esta en 2,2 con un desvío estándar de 1,18 gestas, las primigestas y multigestas representan el 34% y 66% respectivamente del total de entrevistadas, de acuerdo a la edad el mayor porcentaje de gestas está en el grupo etario de 20 a 35 años con un 78% donde el 20% son primigestas y el 58% son multigestas, el menor porcentaje de gestas se evidencia en las mujeres mayores de 35 años con solo un 2% del total de entrevistadas; y si se considera la etnia, el promedio de gestas en la etnia indígena es de 2,6 con un desvío estándar de 1,3 y en la etnia mestiza el promedio de gestas está en 2,14 con un desvío estándar de 1,15 gestas, estos valores se vinculan con el 32% y 52% de mujeres mestizas que son primigestas y multigestas respectivamente y el 2% y 14% de primigestas y multigestas en la etnia indígena.

Los controles prenatales médicos registrados en las maternas tienen una media de 7,3 controles con una desviación estándar de 2,9 controles; en la etnia indígena el 10% de mujeres tuvo más de 5 controles y el 6% menos de 5 controles mientras que en la etnia mestiza el 72% más de 5 controles y el 12% menos de 5 controles médicos.

De los controles médicos registrados, las que se realizaron en el Centro de Salud Nabón tienen un promedio de 5,14 controles con un desvío estándar de 2,8; la etnia indígena tuvo un 10% de mujeres que acudieron más de 5 controles y un 6% que no cumplió la normativa de mínimo 5 visitas, en tanto que en la etnia mestiza el 48% cumplió con la norma vigente en el país de realizarse más de 5 controles durante la gestación y el 36% de las mujeres de esta etnia no asistió a las 5 visitas esperadas.

El apoyo que recibieron durante esta etapa de embarazo se estableció que el 92% de mujeres tuvo apoyo y 8% no contó con ningún apoyo familiar, al considerar la etnia tuvieron apoyo el 78% de mestizas y 14% de indígenas y los porcentajes de mujeres que no tuvieron

apoyo fueron de 6% y 2% para la etnia mestiza e indígenas respectivamente. Las mujeres que mayor apoyo registraron se encuentra entre los 20 a 35 años de edad con un 74% respecto al total de encuestadas y las mujeres cuyas edades se registraron en menos de 20 años y las de 20 a 35 años no tuvieron apoyo en igual porcentaje (4%).

Al acudir a la unidad de salud, la mayoría de mujeres 70% mestizas y 8% indígenas refieren tener confianza en los profesionales que proporcionaron la atención médica, pero existe un 22% de mujeres que no tiene confianza en el personal de salud que les proporcionó la atención.

Estos resultados, indicarían que las mujeres de las comunidades adscritas al centro de salud Nabón, que cursan con embarazo tienen menos riesgo de presentar alteraciones durante esta etapa, el parto o postparto, ya que están cumpliendo con la normativa vigente en el MSP del país de realizarse mínimo 5 controles médicos durante la etapa gestacional, situación que estaría acorde al estudio realizado en Colombia 2005 por Tamayo & Gómez, donde se señala que aquellas mujeres con controles prenatales entre 5 y 9 tienen menor riesgo que aquellas con 1-4 reportes, en contraste con los datos obtenidos en Perú por Arispe, Salgado y Tang en el 2011, en el hospital Cayetano Heredia donde se asocia que las mujeres con mayor paridad, aunque no considera edad tienen controles prenatales inadecuados, en nuestro estudio se pudo establecer que la paridad y la edad no guarda relación con el número de controles prenatales que las maternas se realizan.

Comparando con Brasil, en el estudio realizado por Ribeiro ER, Guimaraes AMd, Bettiol H, Lima DD, Almeida M, de Souza et al en el 2006, donde el promedio de controles prenatal fue 6,2 con un 66,1% de controles considerados inadecuados; se podría decir que nuestro estudio al tener un promedio de controles es de 7,3, las mujeres gestantes presentan menor riesgo de complicaciones durante la gestación ya que al cumplir el mínimo de consultas médicas se estaría identificando en cada visita posibles amenazas que pongan en peligro al binomio madre e hijo, pero al igual que en este estudio de Brasil no se puede dejar de lado aquellos casos que no cumplieron la normativa y que representan el 8% del total de embarazadas registradas en el estudio, pues pueden haber factores personales, sociales entre otros que podrían estar vinculados para un déficit de control prenatal.

Comparando el estudio realizado en Tungurahua con lo que se registra en Nabón, se puede evidenciar que los controles que se realizan en nuestra unidad son superiores a los registrados en Quero – Tungurahua donde las mujeres acuden solo 1-3 veces a diferencia de 7 en promedio que tienen las maternas de Nabón, el nivel de instrucción también es superior, notándose que la mayoría de mujeres 66% tienen educación secundaria secundaria y más y que las edades más vulnerables como son la adolescencia y mayor de 35 años también tienen una educación básica entre básica y secundaria, lo que puede contribuir a que las mujeres tengan conocimientos sobre los riesgos a los cuales se exponen si no son valores por personal calificado durante su embarazo.

Conclusiones.

- Los factores sociodemográficos como la étnia, edad, número de gesta, instrucción y estado civil no son factores que impidan cumplir la norma vigente en el país MSP de tener mínimo 5 controles prenatales durante la gestación.
- El estado civil, es decir el contar con una pareja es un factor que sí influye para que las mujeres no acudan a sus controles médicos periódicos al igual que el apoyo familiar que pudieran tener, que es fundamental no solo durante esta etapa de una mujer sino que además permite fortalecer los lazos afectivos de la pareja y consolida su relación conyugal al vincularse al proceso de gestación y saber las necesidades, los posibles temores que tanto la mujer como la pareja sienten al saberse miembros de una familia que esta en extensión.
- Si bien en el estudio no se pudo comprobar la hipótesis esto no implica que las embarazadas de los sectores que son adscritos al centro de salud Nabón están exentas de presentar complicaciones durante su etapa gestacional, parto o postparto, los datos reportan cumplimiento de la normativa vigente en el MSP de mínimo 5 controles prenatales, la persistencia de muertes maternas se contrapone a lo investigado y puede ser que el control médico realizado no es el ideal y se pasa por altos otros factores que pudieran ser modificados por parte del personal de salud, la materna, la familia y la comunidad para evitar que las muertes maternas continúen, situaciones no valoradas en la presente investigación que se podría considerar para estudios posteriores.
- Considerando algunos factores como la migración que ha generado la movilización de masas humanas y con ello la adopción de ciertas costumbres y pérdida de la autenticidad, es posible que las mujeres presentaron cierto temor o vergüenza en las respuestas proporcionadas en la investigación razón por la cual vemos que aparentemente en Nabón las gestantes tienen mínimo o no tienen riesgos de presentar complicaciones durante su período gestacional, la mayoría de encuestadas indistintamente de la edad, grupo étnico, nivel de instrucción, número de gesta presentan controles médicos óptimos.

Recomendaciones.

- Considerar el tamaño de la muestra al realizar investigaciones de este tipo, en el presente estudio los casos fueron muy pocos y esto puede representar un sesgo para que los resultados se pueden generalizar a la totalidad de la población materna.
- Es importante considerar a todas las maternas no solo de las comunidades que pertenecen a la Unidad de Salud sino que se debería valorar como Cantón, pues las estrategias que se planteen deberán ser aplicadas en todo el territorio de tal manera que todo el personal médico y la población se empodere del tema y con ello se beneficie la mujer, la familia y comunidad.
- Es fundamental mantener la integridad familiar, la falta de acompañamiento durante esta importante etapa de la vida de la mujer, repercute en la salud física de la materna y también en la esfera psicosocial y por ende en el nuevo miembro de la familia.
- Es esencial que los trabajadores de la salud consideren la riqueza cultural y ancestral que posee cada pueblo, a fin de prevenir disociación entre la medicina ancestral y la occidental y se promueva la activa participación de todos los agentes comunitarios para formar una red solida de apoyo a toda la población, indistintamente de la etnia, edad, estado civil, instrucción, posición económica, etc.
- El enfoque familiar debe ser prioridad en cada uno de los servicios que se ofrece en las unidades de salud, para que con las visitas domiciliarias y el conocimiento de cada una de las familias con embarazadas se puedan plantear estrategias individualizadas que contribuyan a prevenir posibles riesgos obstétricos que puedan poner en peligro la vida de la madre y el hijo y se mejore la calidad de vida de la población en general.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Organización Mundial de la Salud. Documentos Básicos [Internet]. 2014. Recuperado a partir de: 9789243650487
2. Aguado L, Girón L, Osorio A, Tovar L, Ahumada J. *Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico Colombiano*. **Revista Latino Americana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud**. 2007;5(1).
3. Racines A, Coronel G, Cárdenas O, Vázquez D, Solís P, Dávalos H, et al. *Sistema Nacional de Salud Componente Normativo Materno Neonatal*. República del Ecuador Ministerio de Salud Pública. 2008.
4. Usiña J, Carrera S. Anuario de estadística vitales nacimientos y defunciones 2013. 2013.
5. Peñuelas-C, Ramírez-Z MG, González-BM, Gil-Pineda JA, Cárdeans-Angulo AA, García-Sañudo NL. **Factores Asociados a Mortalidad Materna**. México 2008;II(3):86-90.
6. Torres Y, Montoya L, Cuartas Juan, Osorio J. *Factores asociados a mortalidad materna-estudio de casos y controles*. **Revista CES Medicina**. Colombia 2005;19(2):19-45.
7. UNICEF Ecuador. Estadísticas. [Internet]. [citado 25 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: https://www.google.com.ec/?gfe_rd=cr&ei=WDXPVsXMGeuw8wf8srqwCg&gws_rd=ssl#q=UNICEF+Ecuador.+Estadísticas.
8. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. 202d. C.
9. porSEGO. Control prenatal del embarazo normal. 2010.
10. Ban Ki-Moon. Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2015 [Internet]. 2015 [citado 25 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: https://www.google.es/?gws_rd=ssl#q=+2.-
11. Ribeiro E, Guimaraes M, Bettiol H, Lima DF, Almeida M, Souza L, et al. *Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil*. 2009
12. Bassani DG, Surkan PJ, Olinto MT. *Inadequate use of prenatal services among Brazilian women: the role of maternal characteristics*. PubMed. 2011;35(1).

13. Tipianni O, Tomatis, C. *El control prenatal y el desenlace maternoperinatal*. **Rev Per Ginecol Obstet**. 2006;52(4):247-52.
14. Faneite A P, Rivera C, Rodríguez F, Amato R, Moreno S, Cangemi L. *Consulta prenatal: motivos de inasistencia*. **Revista de Obstetricia y Ginecología**. Venezuela. 2009;69(3):147-51.
15. Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas JL. *Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia*. *Revista Medica Herediana*. 2011, 22(4) [citado 25 de febrero de 2016]; Recuperado a partir de: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/1072>
16. Alexandre K, Santaint-JG, Crandall L, Fevrin E. *Prenatal care utilization in rural areas and urban areas of Haiti*. **Revista Panamerica Salud pública**. 2005;18(2):84-92.
17. MD AEM, PhD, MD CRT, MSc, MD RHN, MD ÉFM, et al. *Factors Associated with Prenatal Care and Seeking Assistance in Public Hospitals in Vitória*. Brazil. *Women Health*. 26 de mayo de 2010;50(3):229-40.
18. Enriquez M. *Factores que inciden en la adherencia al control prenatal en mujeres gestantes en el Subcentro de Salud del Cantón Quero*. Tesis doctoral. Universidad técnica de Ambato; 2013.
19. Aguilera J. *Control prenatal insuficiente en mujeres embarazadas que acuden al Subcentro de Salud de la parroquia Cumbe*. Tesis doctoral. *Universidades del Azuay*; 2011.
20. Chavez R, Arcaya M, Garcia G, Surca T, Infante M. *Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: Representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú*. *Revista Scielo*. 2007; 16.

ANEXOS

Anexo N° 1.

**UNIVERSIDAD DEL AZUAY
DEPARTAMENTO DE POSTGRADOS
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Control prenatal insuficiente y su asociación con factores sociodemográficos y apoyo familiar.

AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....
....con CI:....., declaro que soy mayor de edad, y en uso de mis derechos, certifico que he sido informada, con claridad y veracidad sobre el estudio de **Control prenatal insuficiente y su asociación con factores sociodemográficos y apoyo familiar** en el Centro de salud Nabón 2014, acepto la participación en la investigación en forma **libre y voluntaria**. Se me ha explicado con claridad que el estudio es únicamente de carácter científico, por cuanto reconozco que por mi aporte no tendré ningún tipo de compensación económica, por ser de interés social ya que los resultados permitirán realizar aportes para mejorar las condiciones de vida de este grupo población.
Soy conocedora de la autonomía suficiente que poseo para retirarme en caso que lo considere pertinente, sin que por ello, tenga ningún tipo de repercusiones sobre mi persona. También he sido informada en debida forma que se garantizara la privacidad y confidencialidad de mi persona, que de manera expresa se prohíbe en forma determinante que sea exhibido en forma pública, como también se precisó que al final de la investigación todo el material proporcionado será destruido en forma total. Por tanto se respetará la buena fe, la confiabilidad, privacidad de la información suministrado por mi persona. En estas condiciones autorizo al estudiante de la Universidad del Azuay, Dra. Catalina Minga, realizar el estudio en mención.

Atentamente,

Firma:
C.I:

Anexo N° 2

FORMULARIO RECOLECCION DE DATOS.**ENCUESTA PARA DETERMINAR LA ASOCIACION ENTRE CONTROL PRENATAL INSUFICIENTE CON FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y APOYO FAMILIAR**

N° HISTORI CLINICA:

EDAD:AÑOS.

ESTADO CIVIL: SOLTERA	()	INSTRUCCIÓN: NINGUNA	()
CASADA	()	PRIMARIA	()
VIUDA	()	SECUNDARIA	()
DIVORCIADA	()	SUPERIOR	()
UNION LIBRE	()		

AUTOIDENIFICACION ETNICA:	MONTUBIO	()
	INDIGENA	()
	BLANCO	()
	MESTIZO	()
	AFROECUATORIANO	()
	OTRO.	()

NUMERO DE EMBARAZO:.....

NUMERO DE CONTROLES PRENATALES:.....

EN SU EMBARAZO CUANTAS VECES UD ACUDIO A CONTROL: MEDICO.....

COMADRONA.....

CUANTOS CONTROLES MEDICOS UD SE REALIZO EN:

- CENTRO DE SALUD NABON.....
- HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO.....
- HOSPITAL DE GIRON.....
- CLINICA PARTICULAR.....(NOMBRE ESTABLECIMIENTO).....

SINTIO CONFIANZA EN LA/EL PROFESIONAL QUE LE BRINDÓ LA ATENCION MEDICA

- SI ()
- NO ()

DURANTE SU EMBARAZO UD RECIBIO APOYO FAMILIAR:

- SI ()
- NO ()

CUANDO UD ACUDIO AL CENTRO DE SALUD LO REALIZÓ A TRAVES DE:

CAMINANDO.....

TRANSPORTE PROPIO.....

TRANSPORTE ALQUILADO.....

TRANSPORTE PÚBLICO.