



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA**  
**UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD**  
**CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS**

**TRABAJO DE TITULACIÓN**  
**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:**  
**MÉDICO**

**TEMA:**

**INCIDENCIA DE EMBARAZOS NO PLANIFICADOS Y SU RELACIÓN CON  
INICIO TARDÍO DE CONTROL PRENATAL EN EL SUBCENTRO DE SALUD  
“PATRIA NUEVA” EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE DEL AÑO 2014.**

**AUTOR:**

**EDGAR ALEXANDER SALAZAR CALVA**

**TUTOR:**

**DRA. MARIA DEL CARMEN SANTILLAN SAMANIEGO**

**MACHALA- EL ORO- ECUADOR**

**2015**

MACHALA, NOVIEMBRE DE 2015

DRA. MARÍA DEL CARMEN SANTILLAN SAMANIEGO

**DOCENTE DE LA ESCUELA DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CERTIFICO:**

Que el señor: Edgar Alexander Salazar Calva, es autor del presente trabajo de titulación. **INCIDENCIA DE EMBARAZOS NO PLANIFICADOS Y SU RELACIÓN CON INICIO TARDIO DE CONTROL PRENATAL EN EL SUBCENTRO DE SALUD “PATRIA NUEVA” EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE DEL AÑO 2014.** La cual fue revisada y corregida, por lo que autorizo la impresión, reproducción y presentación.



---

**DRA. MARÍA DEL CARMEN SANTILLAN SAMANIEGO**

**C.I: 0902882521**

**TUTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

## CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, **SALAZAR CALVA EDGAR ALEXANDER**, con C.I. 0705016749, estudiante de la carrera de CIENCIAS MÉDICAS de la UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA, en calidad de Autor del siguiente trabajo de titulación **INCIDENCIA DE EMBARAZOS NO PLANIFICADOS Y SU RELACIÓN CON INICIO TARDÍO DE CONTROL PRENATAL EN EL SUBCENTRO DE SALUD “PATRIA NUEVA” EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE DEL AÑO 2014.**

- Declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional. En consecuencia, asumo la responsabilidad de la originalidad del mismo y el cuidado al remitirme a las fuentes bibliográficas respectivas para fundamentar el contenido expuesto, asumiendo la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera EXCLUSIVA.
- Cedo a la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA de forma NO EXCLUSIVA con referencia a la obra en formato digital los derechos de:
  - a) Incorporar la mencionada obra al repositorio digital institucional para su democratización a nivel mundial, respetando lo establecido por la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0), la Ley de Propiedad Intelectual del Estado Ecuatoriano y el Reglamento Institucional.
  - b) Adecuarla a cualquier formato o tecnología de uso en internet, así como incorporar cualquier sistema de seguridad para documentos electrónicos, correspondiéndome como Autor la responsabilidad de velar por dichas adaptaciones con la finalidad de que no se desnaturalice el contenido o sentido de la misma.



---

**SALAZAR CALVA EDGAR ALEXANDER**  
C.I. 0705016749

## **AUTORIA**

Los contenidos, procedimientos, criterios y propuestas, emitidos en este trabajo de titulación: **INCIDENCIA DE EMBARAZOS NO PLANIFICADOS Y SU RELACIÓN CON INICIO TARDÍO DE CONTROL PRENATAL EN EL SUBCENTRO DE SALUD “PATRIA NUEVA” EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE DEL AÑO 2014.**

Es responsabilidad en su totalidad del señor:



---

**SALAZAR CALVA EDGAR ALEXANDER**  
**C.I. 0705016749**

## **DEDICATORIA**

Más que una dedicatoria, un reconocimiento para todas y cada una de las personas que siguieron mi sueño junto a mí.

Primero Dios, luego sus ángeles y sus instrumentos que son mi familia, mis padres; Erlinda y Floresmilo, faltarían hojas en el mundo para escribir sobre mi madre lo resumo en tres palabras “LO ES TODO”, mis hermanos; Marilú, Nancy, Jenny, Yober, mis cuñados que son también hermanos, mis sobrinos, y mi amada prometida Verónica que también es parte de esta Legión.

Como olvidarme de mis amigos, compañeros, profesores que fueron maestros de la enseñanza y la yesca que encendieron la chispa del saber.

Todos y cada una de las personas mencionadas y pensadas en este pequeño texto fueron, son y serán parte de mi historia, sostén de mi andar y luz al final de la primera y próximas metas.

Con Dios y con ellos a mi lado nada me faltara.

Gracias.

**EDGAR S. C.**

## **AGRADECIMIENTO**

Primero a Dios que ha sido la energía que alimenta mi fortaleza, útil al traspasar los obstáculos que se dieron en el camino y los que vendrán en el andar.

Agradezco de manera especial a todos los pilares fundamentales que hicieron posible la creación de la Escuela de Ciencias Médicas, que ha demostrado levantarse ladrillo por ladrillo, siendo honorable testigo de su transición y hermosa metamorfosis.

A mis amigos que son cómplices de una vocación por la más noble profesión, cómplices del envejecimiento de rostros y el desgaste de las páginas de los libros, manipuladas por las manos de quienes ahora son héroes, llamémoslos médicos.

A mis padres, hermanos, mi prometida, son y serán parte de mis triunfos.

Al lector que es quien le da vida y sentido a las letras plasmadas, porque una palabra si no es leída, solo sería una mancha de tinta.

**EDGAR S. C.**

## ÍNDICE

RESUMEN.....	xi
SUMMARY .....	xii
<b>1. INTRODUCCION.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>3</b>
<b>1.2 JUSTIFICACION .....</b>	<b>4</b>
<b>1.3 OBJETIVOS.....</b>	<b>5</b>
<b>1.3.1 OBJETIVO GENERAL .....</b>	<b>5</b>
<b>1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....</b>	<b>5</b>
<b>1.4 HIPÓTESIS:.....</b>	<b>5</b>
<b>2. MARCO TEORICO .....</b>	<b>6</b>
<b>EMBARAZO .....</b>	<b>6</b>
<b>EMBARAZO NO PLANIFICADO .....</b>	<b>6</b>
<b>CONTROL PRENATAL Y SU IMPORTANCIA .....</b>	<b>7</b>
<b>ENFOQUES DEL CONTROL PRENATAL .....</b>	<b>9</b>
Completo e integral	
Precoz o temprano	
Enfoque intercultural	
Periódico	
Adherencia al CPN	
<b>VALORACIÓN DE LA EFICACIA DE LA ATENCIÓN PRENATAL .....</b>	<b>11</b>

<b>CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO NO PLANIFICADO .....</b>	<b>11</b>
Aborto inducido	
Depresión Postparto (DPP)	
Violencia Doméstica	
Hijos no deseados y criminalidad	
Ideación y comportamiento suicida	
<b>3. METODOLOGÍA Y TÉCNICAS.....</b>	<b>14</b>
<b>3.1. ÁREA DE TRABAJO.....</b>	<b>14</b>
<b>3.2. LOCALIZACIÓN.....</b>	<b>14</b>
<b>3.3. PERIODO DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>14</b>
<b>3.4. UNIVERSO Y MUESTRA .....</b>	<b>14</b>
<b>3.4.1. UNIVERSO.....</b>	<b>14</b>
<b>3.4.2. MUESTRA.....</b>	<b>14</b>
<b>3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....</b>	<b>15</b>
<b>3.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....</b>	<b>15</b>
<b>3.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....</b>	<b>15</b>
<b>3.6. TÉCNICAS .....</b>	<b>15</b>
<b>3.6.1. TIPO DE ESTUDIO .....</b>	<b>15</b>
<b>3.6.2. PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>15</b>
<b>3.7. VARIABLES .....</b>	<b>16</b>
<b>3.7.1 VARIABLES DEPENDIENTES .....</b>	<b>16</b>
<b>3.7.2 VARIABLES INDEPENDIENTES .....</b>	<b>16</b>

a) Características Individuales	
b) antecedentes obstétricos	
<b>3.7.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....</b>	<b>17</b>
<b>3.8 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES .....</b>	<b>19</b>
<b>4. DISCUSIÓN Y RESULTADOS .....</b>	<b>20</b>
<b>4.1. RESULTADOS.....</b>	<b>20</b>
<b>4.1.1 TABULACIÓN DE DATOS .....</b>	<b>20</b>
<b>4.2. DISCUSIÓN .....</b>	<b>35</b>
<b>4.3. CONCLUSIONES.....</b>	<b>38</b>
<b>4.4. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>39</b>
<b>5. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>40</b>
<b>6. ANEXOS .....</b>	<b>47</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

**GRAFICO N° 1:** PACIENTES QUE ACUDEN A CONTROL PRENATAL.

**GRAFICO N° 2:** GRUPO ETARIO EN PACIENTES QUE ACUDEN A PRIMER CONTROL PRENATAL.

**GRAFICO N° 3:** ESTADO CIVIL EN PACIENTES QUE ACUDEN A PRIMER CONTROL PRENATAL.

**GRAFICO N° 4:** NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN PACIENTES QUE ACUDEN A PRIMER CONTROL PRENATAL.

**GRAFICO N° 5:** PARIDAD EN PACIENTES QUE ACUDEN A PRIMER CONTROL PRENATAL.

**GRAFICO N° 6:** INICIO DE CONTROL PRENATAL SEGÚN EDAD GESTACIONAL.

**GRAFICO N° 7:** PLANIFICACIÓN EN PACIENTES QUE ACUDEN A PRIMER CONTROL PRENATAL.

**GRAFICO N° 8:** METODO DE ANTICONCEPCIÓN EN PACIENTES CON EMBARAZOS PLANIFICADOS QUE ACUDEN A PRIMER CONTROL PRENATAL.

**GRAFICO N° 9:** INICIO DE CONTROL PRENATAL SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN EMBARAZOS PLANIFICADOS.

**GRAFICO N° 10:** INICIO DE CONTROL PRENATAL SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN EMBARAZOS NO PLANIFICADOS.

**GRAFICO N° 11:** EMBARAZOS NO PLANIFICADOS QUE INICIAN CONTROL PRENATAL TARDIO Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO CIVIL.

**GRAFICO N° 12:** EMBARAZOS NO PLANIFICADOS QUE INICIAN CONTROL PRENATAL TARDIO Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN.

**GRAFICO N° 13:** EMBARAZOS NO PLANIFICADOS QUE INICIAN CONTROL PRENATAL TARDIO Y SU RELACIÓN CON LA EDAD.

**GRAFICO N° 14:** EMBARAZOS NO PLANIFICADOS QUE INICIAN CONTROL PRENATAL TARDIO Y SU RELACIÓN CON LA PARIDAD.

**GRAFICO N° 15:** EMBARAZOS NO PLANIFICADOS QUE INICIAN CONTROL PRENATAL TARDIO Y SU RELACIÓN CON SUS ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.

## RESUMEN

El embarazo no planificado surge y se instala en la sociedad cuando es posible técnicamente su planificación, mediante tecnología anticonceptiva médica, suponiendo una alta racionalización y objetivación de la práctica reproductiva, separándola de la práctica sexual, de esta manera es objetivable, medible e independientemente del individuo. La falta de planificación del embarazo es uno de los grandes problemas de salud reproductiva, sexual y social en países desarrollados y en vías de desarrollo. Aproximadamente la mitad de los embarazos no son planificados, y de éstos la mitad terminan en un aborto provocado.

El control prenatal tardío no solo puede privar de prevenir enfermedades severas o malformaciones congénitas, también evita diagnósticos tempranos de patologías de carácter genético. La atención prenatal reduce la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, partos prematuros y el número de productos con bajo peso al nacer; también permite identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo.

El presente trabajo de estudio de tipo transversal, basado en la recopilación de datos obtenidos de las historias clínicas de pacientes que acudieron a su primer control prenatal en el subcentro de salud “Patria Nueva” en el último trimestre del 2014, la relevancia de los resultados a interés son de los embarazos no planificados llegando a ser el 52% del total e inicio tardío de su primer control prenatal con el 39%. Del grupo de embarazos no planificados que inician su primer control prenatal de forma tardía el 78% son de estado civil de unión libre, con nivel de instrucción secundaria, se encuentran en un grupo etario de entre 15 y 25 años, y son primigestas.

Podemos concluir que los embarazos no planificados en nuestra área de estudio tienen una ligera variación positiva a la mitad del total de embarazadas que acuden a control prenatal, teniendo como factor predominante el grupo etario menor de 25 años y de escolaridad de nivel medio.

**Palabras clave:** Embarazo, Embarazo no planificado, Control prenatal, Inicio tardío.

## SUMMARY

Unplanned pregnancy comes and settles in society when planning is technically possible with medical contraceptive technology, assuming a high rationalization and objectification of reproductive practice, separating sexual practice, so is objectified, measurable and independent of individual. The lack of pregnancy planning is one of the great problems of reproductive, sexual and social health in developed and developing countries. About half of all pregnancies are unplanned, and half of them end in induced abortion.

Late prenatal care can not only deprive prevent severe illnesses or congenital malformations, also prevents early diagnosis of genetically based diseases. Prenatal care reduces maternal and perinatal morbidity and mortality, premature births and the number of products with low birth weight; also identify risk factors, making it possible to establish appropriate preventive and therapeutic actions during pregnancy.

This work cross-sectional study, based on a compilation of data obtained from the medical records of patients attending their first prenatal care at health sub-center "Patria Nueva" in the last quarter of 2014, the relevance of the results They are of interest to unplanned pregnancies becoming 52% of the total and late onset of their first prenatal control 39%. The group of unplanned pregnancies begin their first prenatal belatedly 78% are cohabiting marital status, level of secondary education, are in an age group between 15 and 25 years, and are primigravid.

We conclude that unplanned pregnancies in our study area have a slight positive half of all pregnant women attending antenatal care, with the predominant factor the lower age group of 25 years and average schooling of variation.

**Keywords:** Pregnancy, unplanned pregnancy, prenatal control, Late start.

# CAPITULO I

## 1. INTRODUCCION

“El embarazo no intencionado (tanto el no planificado como el no deseado) en adolescentes es un problema de salud pública común en todo el mundo. Muchas adolescentes se casan, quedan embarazadas y tienen hijos antes de estar lo suficientemente maduras física, emocional y socialmente para ser madres. Casadas o no, las adolescentes quedan embarazadas por diferentes motivos, en algunos casos, el embarazo es accidental y es el resultado de experimentar con la sexualidad o de la falta de conocimiento sobre cómo prevenir la concepción”.<sup>1</sup>

“La preocupación social y sanitaria por el embarazo no planificado en mujeres adolescentes y jóvenes es una constante en todas las sociedades desarrolladas y en vías de desarrollo, estudios de investigación muestran la multicausalidad que está en la base de un comportamiento que pone en riesgo de embarazo no planificado a las jóvenes, influyen factores socioculturales: clase social, nivel de estudios del padre y de la madre, etnia, nivel educativo, sus expectativas de futuro, actitud hacia la sexualidad y factores relacionales, edad de la pareja, violencia de género”.<sup>2</sup>

“El diagnóstico de embarazo en las adolescentes se hace tardíamente, porque ellas no creen en esta posibilidad o se niegan a creer que están embarazadas, aún después de su primera falta menstrual, se niegan a admitir un embarazo y/o tienen temor de confesarlo a sus padres, esto infiere directamente en el inicio de control prenatal pudiéndolo hacer de manera tardía”.<sup>3</sup>

“En Ecuador, existen grandes problemas en la atención en los centros de salud para los jóvenes, que se ven agudizados por la escasa educación en salud sexual y reproductiva, 1.5 millones de adolescentes ya son madres entre los 15 a 19 años, siendo en su mayoría embarazos no deseados”,<sup>4</sup> “entre un 35 y 52 % en America Latina y el Caribe”.<sup>5</sup>

“Según el ENSANUT 2012 – Ecuador, los controles prenatales en el periodo del 2007-2012 se realizan en un 79% en el primer trimestre, 14.5% en el segundo trimestre, y el 1.4% en el tercer trimestre de gestación”.<sup>6</sup> Con estos antecedentes el tema de embarazos no planificados como una problemática social, ha sido una inquietante inspiración para la realización de este trabajo investigativo, de tal manera poderlo correlacionar con las literaturas existentes y si el problema es repetitivo en las gestantes que acuden al subcentro de salud “Patria Nueva”, en tal virtud el objetivo de este trabajo es determinar la incidencia de embarazos no planificados mediante la revisión de historias clínicas y a su vez relacionarlas con el inicio tardío del control prenatal.

## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“La mortalidad materna es más elevada en las mujeres de 20 o más años de edad y esto va en razón directa con la mayor incidencia de aborto provocado, así como con la falta de control prenatal e inicio tardío del mismo”.<sup>3</sup> “En el caso de Estados Unidos, 48% de las mujeres de entre 15 a 44 años que se han embarazado, tuvieron como mínimo un embarazo no deseado, Los datos del Instituto Alan Guttmacher acerca de los embarazos que llegan a término reflejan que 16% corresponden a embarazos no planificados, y que en América Latina y el Caribe se encuentra el mayor porcentaje (29%), a diferencia de países de Asia Oriental, con prevalencia más baja (9%)”.<sup>7</sup>

Según la OMS en una publicación del 2011 de “Estadísticas Sanitarias Mundiales” con datos obtenidos en el 2000, refiere un cuadro cuya interpretación nos da a entender que en Ecuador 92 nacimientos de un número de 1000 mujeres son por adolescentes comprendidos entre 15 y 19 años de edad, estamos hablando de un 9,2%, siendo ahora hipotéticamente estas cifras mucho más altas.<sup>8</sup>

Los embarazos no planificados en nuestro medio podrían tomar participación mayoritaria del total de todas las gestaciones, por lo que sería importante ejecutar controles prenatales precoces y oportunos.

Este estudio se elabora con el propósito de saber a qué edad gestacional se realiza el primer control prenatal en los embarazos no planificados, y los factores acompañantes que trascienden como la edad, estado civil, escolaridad, paridad, de esta manera entender cuáles son los grupos de riesgo en nuestra área de investigación.

## **1.2 JUSTIFICACION**

El Ecuador como País subdesarrollado está en un constante proceso de mejoras en todas las áreas y más en la Salud, los estudios, investigaciones y demás proyectos sociales donde se involucre a la sociedad y su salud son de gran trascendencia y de ayuda para entender el medio social y su integración con la salud pública y/o privada.

Esta investigación encaminada a mostrar que los embarazos no planificados podrían llevar consigo acciones que son causa probable de patologías materno fetales que fácilmente pueden ser de diagnóstico temprano y de tratamiento oportuno con el solo hecho de iniciar un control prenatal precoz y eficiente.

El área sujeto a la investigación localizada al sur-oeste de la ciudad de Machala que corresponde actualmente a la jurisdicción del subcentro de salud “Patria Nueva”, donde el autor conoce previamente las realidades sociales, localización geográfica, y personal que labora en la institución mencionada, por haber realizado parte del internado durante la rotación de medicina comunitaria, esto forma parte de la factibilidad que se tiene para la realización del proyecto.

Se analizarán datos obtenidos de las historias clínicas de mujeres que acuden a control prenatal durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2014, los resultados obtenidos en este estudio serán compartidos a las instituciones participantes y difundidos a través de la biblioteca virtual de la universidad y redes disponibles destinadas para trabajos investigativos donde será accesible a nivel de la Web a todo usuario navegante, los beneficiarios de mayor impacto será el área de salud N° 2 “Brisas del Mar” y su anexo subcentro de salud “Patria Nueva”, que dará a conocer datos estadísticos del grupo poblacional en estudio que son las mujeres con embarazos no planificados y factores asociados que son poco relacionados e investigados. También este trabajo podrá ser utilizado como referencia a futuros tesis para realizar estudios posteriores en diferentes localidades.

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la incidencia de embarazos no planificados mediante la revisión de historias clínicas y a su vez relacionarlas con el inicio tardío del control prenatal en gestantes atendidas en el cuarto trimestre del 2014.

### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Determinar la edad gestacional de los embarazos no planificados que acuden a su primer control prenatal.
2. Identificar las características individuales (edad, estado civil, nivel de instrucción) de los embarazos no planificados que acuden al primer control prenatal tardío.
3. Señalar los antecedentes obstétricos (número de gestas, partos, cesáreas, aborto) de los embarazos no planificados que acuden al primer control prenatal tardío.

### **1.4 HIPÓTESIS:**

Existe un porcentaje alto de embarazos no planificados, los cuales al no tener conocimiento de la gravidez, acuden tardíamente al control prenatal comprobándose con la edad gestacional.

## **CAPITULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **EMBARAZO**

“El maravilloso proceso del embarazo humano normal representa un paradigma de tolerancia y adaptación”<sup>9</sup>, para la Organización Mundial de la Salud (OMS), “el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo”.<sup>10</sup>

#### **EMBARAZO NO PLANIFICADO**

“La falta de planificación del embarazo es uno de los grandes problemas de salud reproductiva, sexual y social en países desarrollados y en vías de desarrollo. Aproximadamente la mitad de los embarazos no son planificados, y de éstos la mitad terminan en un aborto provocado”.<sup>11</sup>

“El embarazo no planificado surge y se instala en la sociedad cuando es posible técnicamente su planificación, mediante tecnología anticonceptiva médica, suponiendo una alta racionalización y objetivación de la práctica reproductiva, separando la práctica sexual de la práctica reproductiva, de esta manera es objetivable, medible e independientemente del individuo (el uso o no de tecnología preventiva)”.<sup>12</sup>

“De esta manera se puede introducir las políticas de Planificación Familiar que va a permitir identificar y modificar los riesgos de tipo conductual, social y biomédico para precautelar la salud de la usuaria y el desarrollo normal del futuro embarazo mediante su prevención y manejo realizando evaluación del riesgo preconcepcional, por anamnesis, examen físico, estudios Complementarios y promoción en salud y educación”.<sup>13</sup>

“El embarazo, está condicionado por factores biológicos y socioculturales, en primer lugar porque muchas jóvenes comienzan la sexualidad a temprana edad, y no en pocos casos se practica sin métodos anticonceptivos, y en segundo lugar porque en la sociedad la educación sexual todavía está cargada de tabúes siendo la sexualidad reprimida socialmente”<sup>14</sup>, por lo cual “la adolescencia es uno de los grupos más vulnerables a tener un embarazo no planificado, por ejemplo en Chile, cada año nacen alrededor de 40.000 hijos de madres adolescentes, habitualmente estos corresponden a un embarazo no planificado”.<sup>15</sup>

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), “en México en el 2011 hubo 2,586,2871 de nacimientos, de los cuales el 33.4% corresponden a embarazos no planificados, el 52% se debieron a la falta de uso de métodos anticonceptivos, y 43% a uso erróneo o inconsistente, en el 2012, en países en vías de desarrollo ocurrieron 80 millones de embarazos no planificados, de los que resultaron 30 millones de nacimientos, 40 millones de abortos inducidos y 10 millones de abortos espontáneos”.<sup>16</sup>

## **CONTROL PRENATAL Y SU IMPORTANCIA**

“El control prenatal se define como el cuidado que proporciona el equipo de salud a la mujer gestante, para garantizar las mejores condiciones de salud para ella y el feto durante la gestación y luego una óptima atención del parto”.<sup>17</sup>

“Esta actividad debe ser una responsabilidad de carácter institucional, a través de profesionales de la salud, adecuadamente capacitado que preste una atención directa a la gestante”.<sup>17</sup>

La atención prenatal será “precoz, periódica, continua, completa, dispensarizada, integral, regionalizada, en equipo y con la participación activa de la comunidad”.<sup>18</sup>

“La atención prenatal reduce la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, partos prematuros y el número de productos con bajo peso al nacer; también permite identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo”.<sup>19</sup>

“Existen estudios cuyos resultados sugieren que los hijos nacidos de madres sin controles de embarazo tienen tres veces más riesgo de nacer con bajo peso y cinco veces más probabilidades de morir, en comparación con hijos de madres que reciben control prenatal”.<sup>20</sup>

“El cuidado prenatal es un excelente ejemplo de medicina preventiva, en 1929, el Ministerio de Salud de Gran Bretaña emitió un comunicado de conductas de las clínicas prenatales, en 1942, se proporcionaron tabletas de vitamina en los últimos 6 meses de embarazo, en Reino Unido la mortalidad materna se redujo de 319 por 100.000 nacidos vivos en 1936 a 15 por 100.000 nacidos vivos en 1985”.<sup>21</sup>

“En Estados Unidos, la proporción de mortalidad materna fue de 13,2 / 100.000 nacidos vivos en 1999, la disminución de la mortalidad materna se atribuye a la atención prenatal, avances médicos y política pública”.<sup>21</sup>

“La implementación de medicina tanto en la consulta preconcepcional como en el control prenatal ha sido de vital importancia, se ha demostrado que la toma periconcepcional de ácido fólico reduce la incidencia de malformaciones como son los Defectos del Tubo Neural (DTN), fisuras labio palatinas, malformaciones del tracto urinario y defectos cardíacos conotruncales y reducción de la incidencia de tumores del sistema nervioso central”.<sup>22</sup>

“La dosis de ácido fólico oral es 400 microgramos diarios que al bajar los niveles de homocisteína, disminuye el riesgo de patologías, como desprendimiento placentario, mejora del peso fetal al nacimiento y disminución de la preeclampsia”<sup>22</sup>, que también puede disminuir su riesgo teniendo un control prenatal precoz ya que se determinó que “la aspirina diaria en baja dosis que se inicia antes de las 16 semanas de gestación se asoció con una disminución significativa de la preeclampsia, preeclampsia severa, retraso del crecimiento intrauterino y parto prematuro en mujeres identificadas con riesgo de preeclampsia”.<sup>23</sup>

El control prenatal tardío no solo puede privar de prevenir enfermedades severas o malformaciones congénitas, también evita diagnósticos tempranos de patologías de carácter genético, ahora en el mercado existe un test diseñado para medir la secuencia del ADN circulante libre, detectando casos de síndrome de Down, trisomía 18, y la trisomía 13, con una tasa baja de falsos positivos < 0,05% , esto puede reducir los procedimientos diagnósticos invasivos y pérdidas fetales relacionadas en un 95%. Esta identificación se puede realizar con solo 10 semanas de gestación.<sup>24</sup>

## **ENFOQUES DEL CONTROL PRENATAL**

**Completo e integral**, “porque se cumple el esquema de atención establecido, con la calidad requerida para cada una de las consultas, cada gestante recibirá no menos de 10 consultas durante su atención, considera unidos los aspectos preventivos, curativos, biológicos y sociales, así como las condiciones del ambiente”.<sup>18</sup>

“La identificación de las mujeres con patologías especiales o con factores de riesgo para desarrollar complicaciones debe ser minuciosa, dichas mujeres deberían ser derivadas a niveles superiores de atención sólo cuando se tiene certeza de que los niveles más complejos de atención tienen la experiencia suficiente para tratar esas necesidades de salud específicas”.<sup>25</sup>

**Precoz o temprano**, “el control deberá iniciarse lo más temprano posible, tratando de que sea desde el primer trimestre de la gestación, esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control, además torna factible la identificación precoz de embarazos de alto riesgo”.<sup>26</sup>

“El inicio temprano del control prenatal ha sido asociado a mejor peso en el nacimiento, menor requerimiento de hospitalización del recién nacido, y reducción en la tasa de recién nacido de bajo peso y muy bajo peso en mujeres desposeídas con alto riesgo de eventos adversos durante el embarazo, se ha reportado también que el control prenatal precoz es un factor protector asociado a mortinato”.<sup>27</sup>

**Enfoque intercultural**, “el proveedor debe tener conocimiento de la cosmovisión tradicional y cultural con comprensión de las prácticas ancestrales de curación de acuerdo a la diversidad cultural de la zona de atención”.<sup>28</sup>

**Periódico**, “toda mujer embarazada de BAJO RIESGO deberá completar mínimo 5 controles prenatales (uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento) con el cumplimiento de todas las actividades que se registran en la historia clínica perinatal del CLAP/SMR — OPS/OMS. MSP — HCU. Form. # 051.”<sup>28</sup>

“El Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/MSR) perteneciente a la OPS, publicó el Sistema Informático Perinatal (SIP), constituido por instrumentos como la Historia Clínica Perinatal (HCP), el carné perinatal, el programa de captura y procesamiento local de datos y el partograma, entre otros, las utilidades del SIP son para planificar la atención, verificar e implantar las prácticas basada en evidencias, unificar la recolección de datos, facilitar la comunicación entre los diferentes niveles, obtener localmente estadísticas confiables, favorecer el cumplimiento de normas, facilitar la capacitación del personal de salud, registrar datos de interés legal, facilitar la auditoria, caracterizar a la población asistida”.<sup>29</sup>

**Adherencia al CPN**, “comprende tanto la asistencia al control, como el cumplimiento de las recomendaciones dadas, la adherencia se ve afectada por el número de pacientes,

la falta de medicamentos, insumos y equipos, el poco tiempo para atender a cada paciente, la actitud institucional, la falta de estímulo, la escasa satisfacción profesional, la insuficiente capacitación técnico-científica, la situación económica de las pacientes y la accesibilidad a los servicios de salud, algunas gestantes se quejan de la falta de trato considerado por parte del personal”.<sup>30</sup>

## **VALORACIÓN DE LA EFICACIA DE LA ATENCIÓN PRENATAL**

“El índice de Kessner usado con frecuencia para medir la eficacia de la atención prenatal, este incorpora tres elementos del acta de nacimiento: Duración de la gestación, momento de la primera consulta prenatal y número de consultas, el *Centers for Disease Control and Prevention* (2000) observaron que la mitad de las mujeres que no recibieron atención prenatal o lo hicieron en forma tardía deseaban iniciarla antes, las razones de la atención prenatal inadecuada fue la identificación tardía del embarazo, la falta de dinero o seguro médico para recibir tal atención y la tercera la imposibilidad de obtener una cita”.<sup>31</sup>

## **CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO NO PLANIFICADO**

### **Aborto inducido.**

“Todos los abortos, ya sea realizado en condiciones seguras o de riesgo, son un indicador poderoso de la incidencia de embarazos no planeados”.<sup>32</sup>

“Las consecuencias más graves del embarazo no deseado sobre la salud son los que resultan de un aborto inseguro, en los Estados Unidos de América (EE.UU.) se sabe que aproximadamente la mitad terminan en aborto, algunas estimaciones señalan que en ALC el aborto inducido es el camino elegido en un 17 a 35% de los casos”.<sup>33</sup>

“A nivel mundial, la complicación más común es el aborto incompleto, cuyo principal síntoma es la hemorragia abundante, que puede ser una seria amenaza para la salud de la mujer si no recibe atención médica inmediata, son menos comunes las complicaciones más graves, entre las cuales se incluyen infecciones, en algunos casos acompañadas de choque séptico y perforación uterina, estas últimas continúan siendo las complicaciones potencialmente mortales del aborto inseguro”.<sup>34</sup>

### **Depresión Postparto (DPP).**

“Los eventos vitales estresantes en los 12 meses previos al parto, el estilo de apego inseguro, la falta de apoyo emocional y financiero, el no tener pareja, depresión en la pareja, bajo apoyo social de la familia o amigos, tener una mala relación con la madre, son identificados como factores psicosociales asociado a DPP, así como el *embarazo no planificado* o no deseado”.<sup>35</sup>

“Intento de aborto, abortos espontáneos previos, los embarazos complicados o de alto riesgo, un bebé del sexo no deseado, o con alguna malformación congénita, y el no dar lactancia materna son factores ginecoobstétricos identificados como factores de riesgo”.<sup>35</sup>

### **Violencia Doméstica.**

“Es un problema multifacético y complejo, no hay un factor único, las causas de hospitalización neonatal relacionadas con malformaciones congénitas y prematuridad, han sido identificadas como variables que incrementan la vulnerabilidad del niño al maltrato, el control prenatal, el control de salud infantil y la consulta médica por morbilidad constituyen una ventana de oportunidades de detección de actual o potencial maltrato infantil y de violencia hacia la madre”.<sup>36</sup>

### **Hijos no deseados y criminalidad.**

“Los hijos que no fueron deseados y que crecieron en un ambiente desfavorable (bajo el cuidado de madres inexpertas, solas, con problemas que probablemente les impedirían dar una atención adecuada a sus hijos) son más susceptibles de involucrarse en actividades criminales durante la juventud. Otros problemas sociales gravísimos, como

la violencia doméstica y los niños de la calle, también están fuertemente asociados con la maternidad no deseada”.<sup>33</sup>

### **Ideación y comportamiento suicida.**

“El embarazo no deseado es un factor asociado, en Polonia, Sein Anand, refrenda el alto porcentaje de intentos con motivo de embarazos no planeados (47.4%), la ideación y el intento suicida conllevan un incremento del riesgo de muerte y efectos sobre el feto y el neonato, mayor proporción de partos prematuros y de nacimientos por cesárea, requerimiento de transfusión de sangre, síndrome de dificultad respiratoria y bajo peso al nacer, la ideación se relaciona con depresión, DPP, alteraciones en el desarrollo del feto y en el proceso de gestación y problemas conductuales en los infantes”.<sup>37</sup>

“En general, entre las conductas de riesgo en madres con END (Embarazo no Deseado) encontramos ausencia del control prenatal, hábito tabáquico, ingesta de bebidas alcohólicas o consumo de drogas, como complicaciones médicas para la madre se han reportado anemia, hipertensión gestacional y preeclampsia, en cuanto a la madre adolescente se reporta un menor peso promedio y una mayor frecuencia de enfermedades durante la gestación los hijos producto de END tienen más riesgo de bajo peso al nacer y prematurez”.<sup>38</sup>

En un estudio, realizado en Ecuador, se encontró una “mayor probabilidad en los recién nacidos de END de tener bajo peso al nacimiento”.<sup>38</sup>

## **CAPITULO III**

### **3. METODOLOGÍA Y TÉCNICAS**

#### **3.1. ÁREA DE TRABAJO**

El estudio se realizó en el Subcentro de Salud “Patria Nueva”

#### **3.2. LOCALIZACIÓN**

El Subcentro de Salud “Patria Nueva”, ubicado en el Suroeste de la ciudad de Machala, en la avenida 8va Sur “Pedro Maridueña” y carrera 18va Oeste, en el barrio del mismo nombre.

#### **3.3. PERIODO DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación se basó en datos de Historias clínicas de embarazadas que se atendieron en el mes de Octubre, Noviembre y Diciembre de 2014.

#### **3.4. UNIVERSO Y MUESTRA**

##### **3.4.1. UNIVERSO:**

El universo es el recurso humano que se tomará como referencia para la organización y análisis de la información que se obtendrá, para la presente investigación lo conformaran todas las pacientes que acuden a control prenatal durante el último trimestre del 2014, que corresponde a 184 pacientes.

##### **3.4.2. MUESTRA:**

La muestra corresponde a 44 pacientes, que acuden a primer control prenatal durante el último trimestre del 2014.

### **3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

#### **3.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Se incluyó a pacientes que acude a consulta prenatal por primera vez en el cuarto trimestre del 2014.

#### **3.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Pacientes con control prenatal subsecuente.

### **3.6. TÉCNICAS**

#### **3.6.1. TIPO DE ESTUDIO**

El trabajo realizado es un tipo de estudio transversal, observacional y descriptivo.

#### **3.6.2. PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente estudio se basó en la recolección de información de las historias clínicas de las pacientes con embarazos no planificados que acudieron a su primer control prenatal durante el mes de octubre, noviembre y diciembre del 2014, para lo cual se aplicó el siguiente procedimiento:

1. Se solicitó el permiso mediante oficio a la Dirección distrital 07D02, para que permita la realización del presente trabajo investigativo.
2. Se obtuvo el número de historias clínicas de las embarazadas que acudieron a su primer control prenatal durante el periodo de Octubre a Diciembre del año 2014
3. Se acudió al subcentro “Patria Nueva” a revisión de historias clínicas y llenado de matriz de recolección de datos.
5. Tabulación e interpretación de los resultados, para lo cual se utilizó los siguientes programas:
  - Microsoft 8.1 Word 2010
  - Microsoft Excel 2010

- EPI INFO versión 6

6. Para la presentación de los datos se realizó la tabulación por medio de tablas simples, procesadas en porcentaje y se las analizó cuantitativamente y cualitativamente mediante la interpretación y discusión de los resultados. Estos sirvieron de base para la elaboración de conclusiones y recomendaciones.

### **3.7. VARIABLES**

#### **3.7.1 VARIABLES DEPENDIENTES**

Embarazos no planificados y su relación con inicio tardío de control prenatal

#### **3.7.2 VARIABLES INDEPENDIENTES**

##### **a) Características Individuales**

- Edad
- Nivel de instrucción
- Estado civil

##### **b) antecedentes obstétricos**

- Gestas
- Partos
- Cesáreas
- Aborto

### 3.7.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>
<b>EMBARAZO</b>	Proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación hasta el momento del parto.	Control preconceptivo	¿EL embarazo fue planificado?  ¿Recibió atención preconceptiva?	SI/NO
<b>CONTROL PRENATAL</b>	Actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo	Precoz  Tardío	< 12 semanas de gestación  >12 semanas de gestación	SI/NO
<b>CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES</b>	Son características objetivas con la que el ser humano cuenta	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual	15-25 años 25-35 años >35 años
		Instrucción	Primaria	SI/NO

			Secundaria	SI/NO
			Superior	SI/NO
		Estado civil	Soltera	SI/NO
			Casada	SI/NO
			Unión libre	SI/NO
<b>ANTECEDENTES OBSTETRICOS</b>	datos como número de gestaciones, partos anteriores, paridad, cesáreas para determinar factores de riesgo	Gestas	Primigesta	SI/ NO
			Segundigesta	SI/NO
			Múltipara	SI/NO
		Parto	Es el modo activo de expulsión del feto y la placenta.	SI/NO
		Cesárea	Extracción del producto a través de una incisión quirúrgica en la pared anterior del abdomen y del útero.	SI/NO
		Aborto	Interrupción espontanea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación	SI/NO

### **3.8 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES**

Para el llenado de la matriz de recolección de datos y su individualización se utilizó el número de historia clínica respectiva guardando la confidencialidad de la información no haciendo uso de los nombres de las pacientes. Además se contó con la autorización previa de la Directora Distrital 07D02 y Directora encargada del Subcentro de Salud “Patria Nueva”.

## CAPITULO IV

### 4. DISCUSIÓN Y RESULTADOS

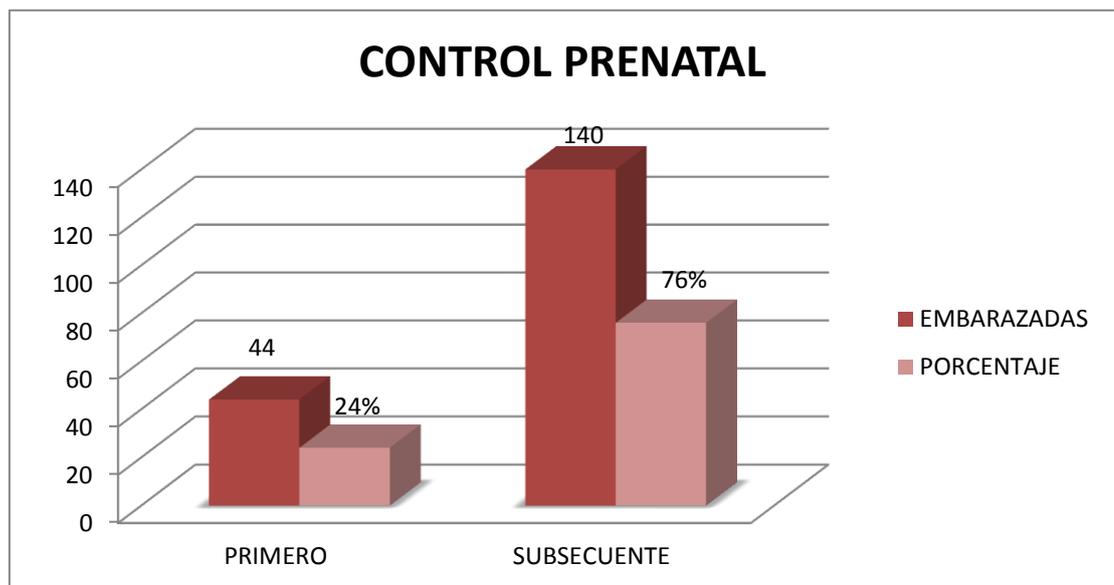
#### 4.1. RESULTADOS

##### 4.1.1. TABULACION DE DATOS

#### GRAFICO N° 1

#### PACIENTES QUE ACUDEN A CONTROL PRENATAL

	PRIMERO	SUBSECUENTE	TOTAL
<b>EMBARAZADAS</b>	44	140	184
<b>PORCENTAJE</b>	24%	76%	100%

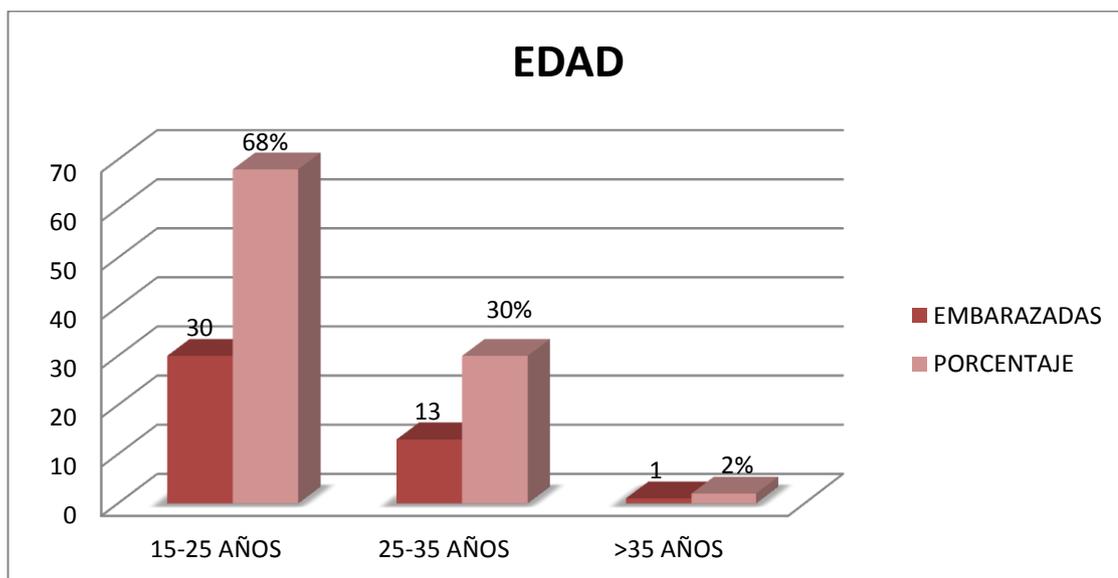


**FUENTE:** Historias clínicas del Subcentro de salud "Patria Nueva".

## GRAFICO N° 2

### GRUPO ETARIO EN PACIENTES QUE ACUDEN A PRIMER CONTROL PRENATAL

	15-25 AÑOS	25-35 AÑOS	>35 AÑOS	TOTAL
N°	30	13	1	44
%	68%	30%	2%	100%

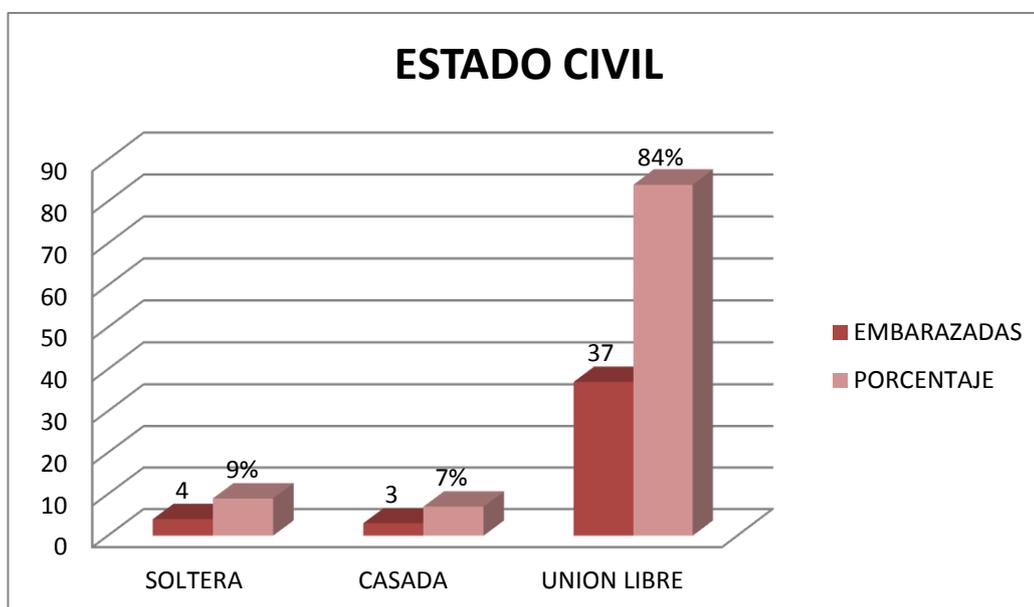


**FUENTE:** Historias clínicas del Subcentro de salud “Patria Nueva”

### GRAFICO N° 3

#### ESTADO CIVIL EN PACIENTES QUE ACUDEN A PRIMER CONTROL PRENATAL

	SOLTERA	CASADA	UNION LIBRE	TOTAL
N°	4	3	37	44
%	9%	7%	84%	100%

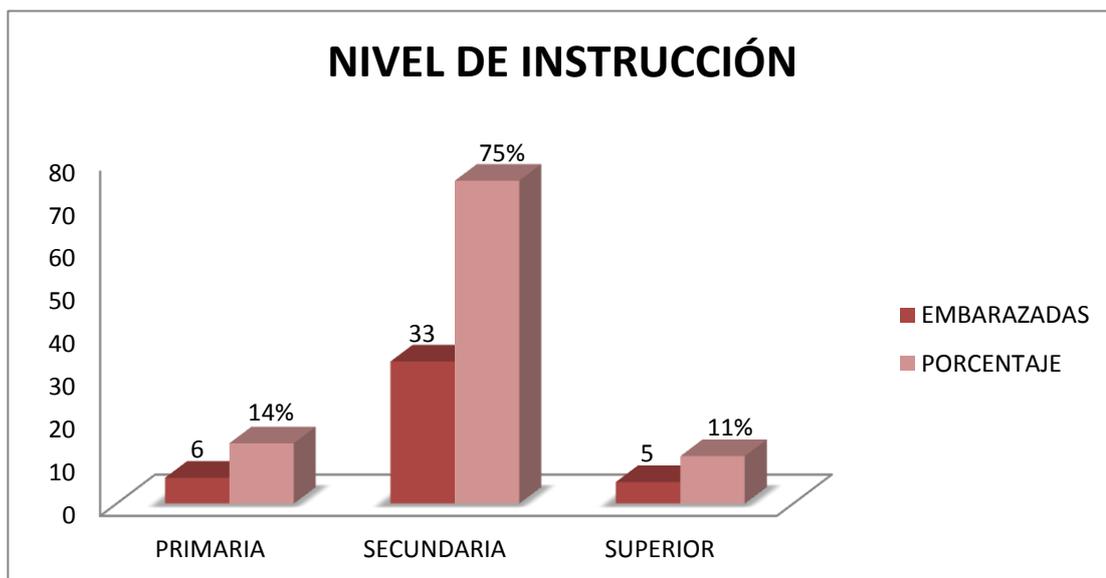


**FUENTE:** Historias clínicas del Subcentro de salud "Patria Nueva"

#### GRAFICO N° 4

### NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN PACIENTES QUE ACUDEN A PRIMER CONTROL PRENATAL

	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR	TOTAL
EMBARAZADAS	6	33	5	44
PORCENTAJE	14%	75%	11%	100%

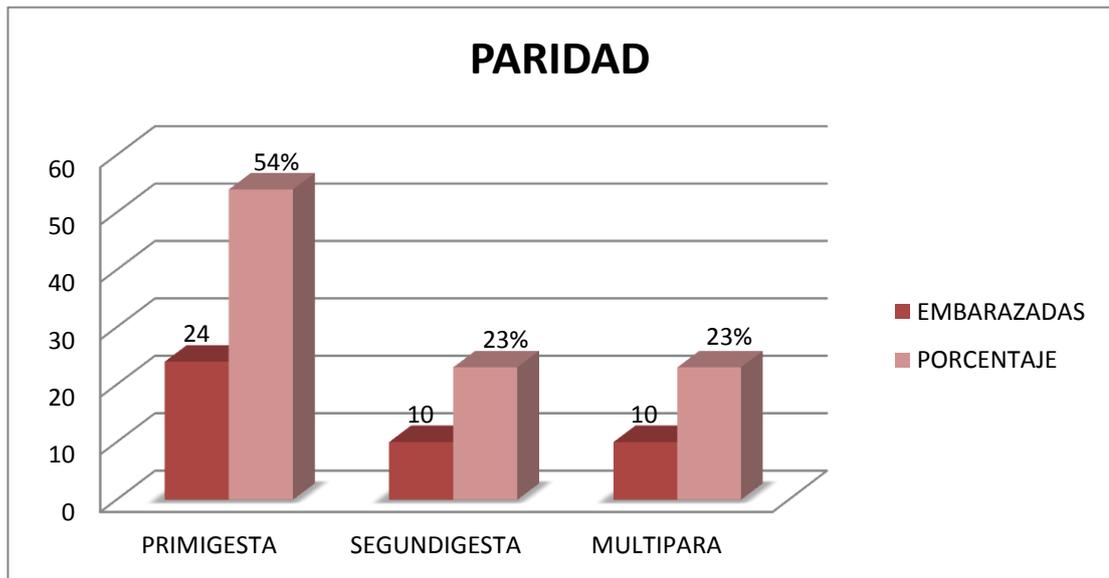


**FUENTE:** Historias clínicas del Subcentro de salud “Patria Nueva”

### GRAFICO N° 5

#### PARIDAD EN PACIENTES QUE ACUDEN A PRIMER CONTROL PRENATAL

	PRIMIGESTA	SEGUNDIGESTA	MULTIPARA	TOTAL
EMBARAZADAS	24	10	10	44
PORCENTAJE	54%	23%	23%	100%

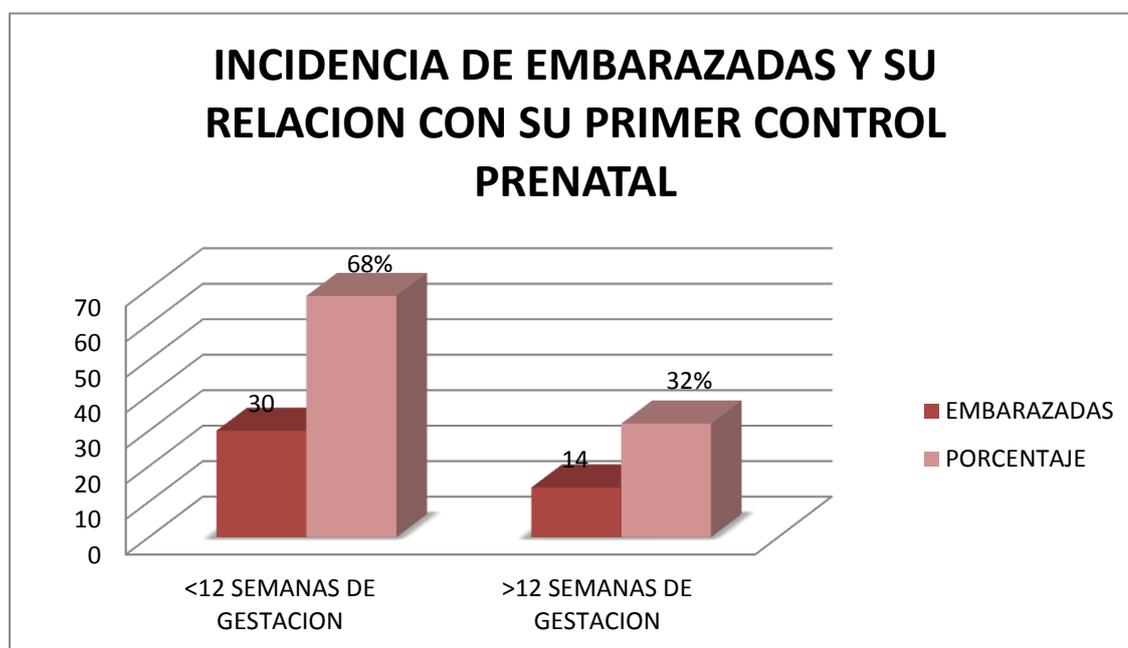


**FUENTE:** Historias clínicas del Subcentro de salud "Patria Nueva"

## GRAFICO N° 6

### INICIO DE CONTROL PRENATAL SEGÚN EDAD GESTACIONAL

	<12 SEMANAS DE GESTACION	>12 SEMANAS DE GESTACION	TOTAL
<b>EMBARAZADAS</b>	30	14	44
<b>PORCENTAJE</b>	68%	32%	100%

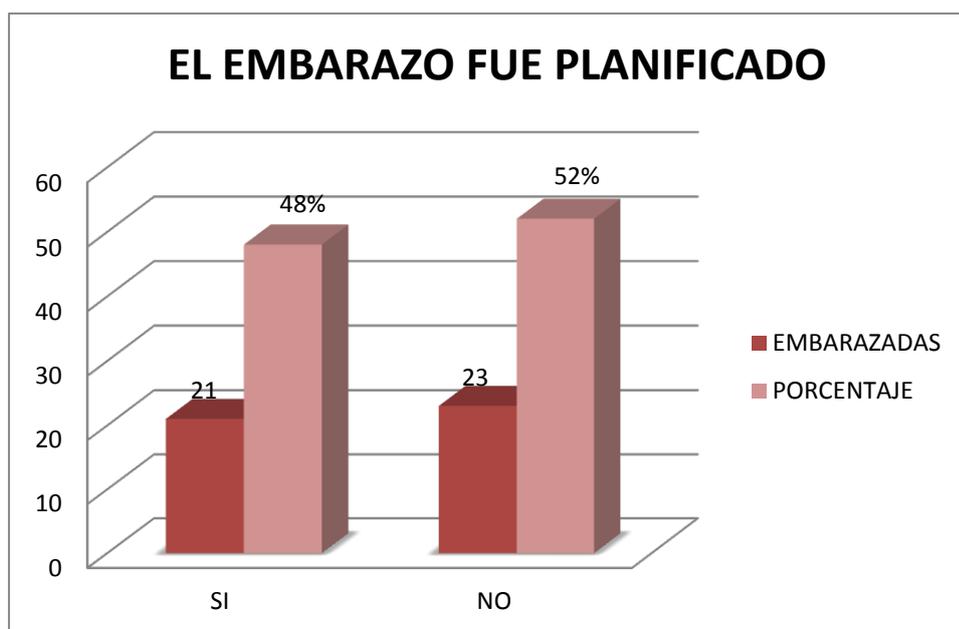


**FUENTE:** Historias clínicas del Subcentro de salud “Patria Nueva”

### GRAFICO N° 7

#### PLANIFICACIÓN EN PACIENTES QUE ACUDEN A PRIMER CONTROL PRENATAL

	SI	NO	TOTAL
EMBARAZADAS	21	23	44
PORCENTAJE	48%	52%	100%

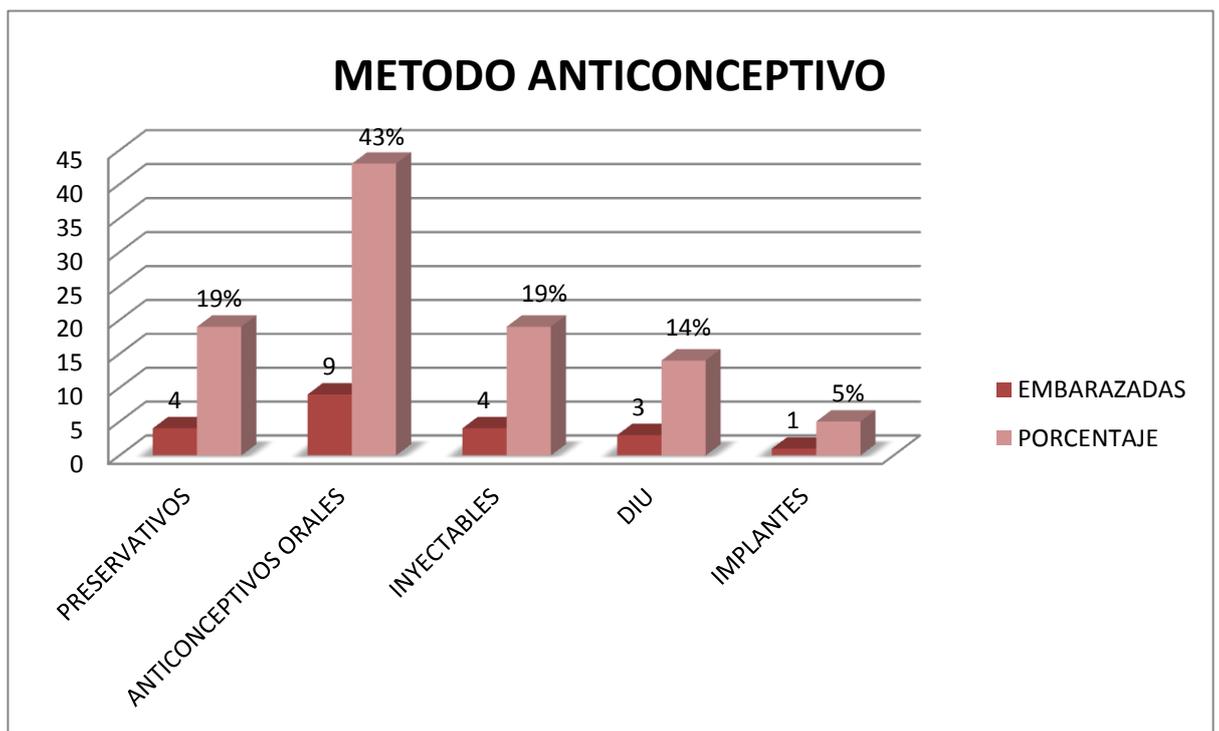


**FUENTE:** Historias clínicas del Subcentro de salud "Patria Nueva"

**GRAFICO N° 8**

**METODO DE ANTICONCEPCIÓN EN PACIENTES CON EMBARAZOS PLANIFICADOS QUE ACUDEN A PRIMER CONTROL PRENATAL**

	PRESERVATIVOS	ANTICONCEPTIVOS ORALES	INYECTABLES	DIU	IMPLANTES	TOTAL
N°	4	9	4	3	1	21
%	19%	43%	19%	14%	5%	100%

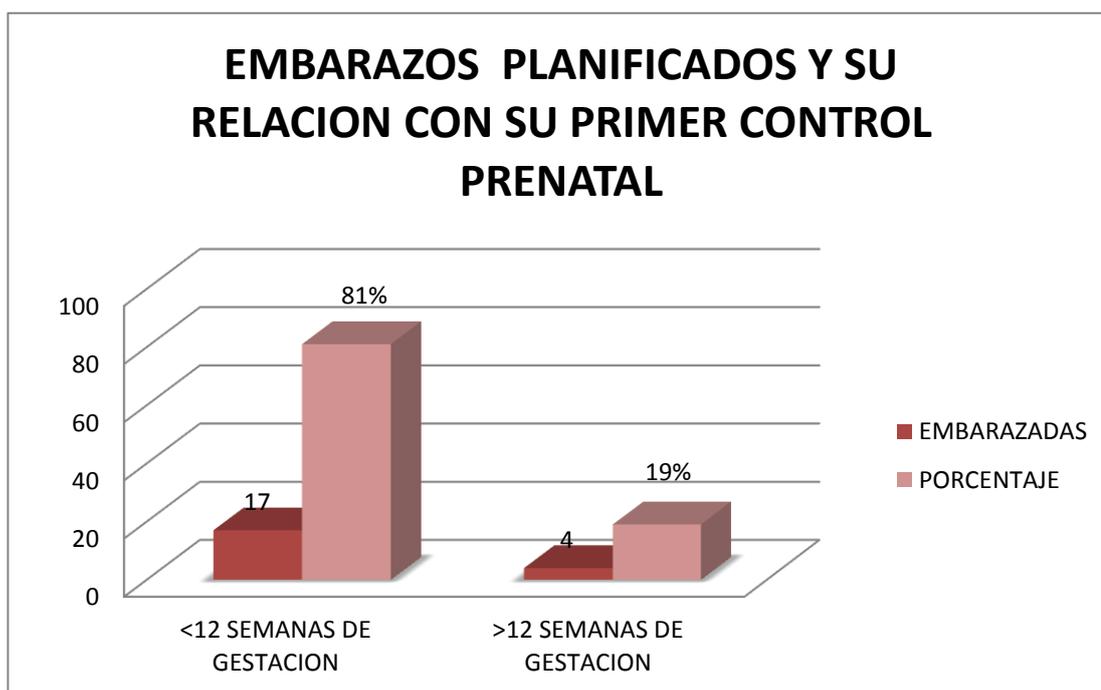


**FUENTE:** Historias clínicas del Subcentro de salud “Patria Nueva”

### GRAFICO N° 9

#### INICIO DE CONTROL PRENATAL SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN EMBARAZOS PLANIFICADOS

	<12 SEMANAS DE GESTACION	>12 SEMANAS DE GESTACION	TOTAL
<b>EMBARAZADAS</b>	17	4	21
<b>PORCENTAJE</b>	81%	19%	100%

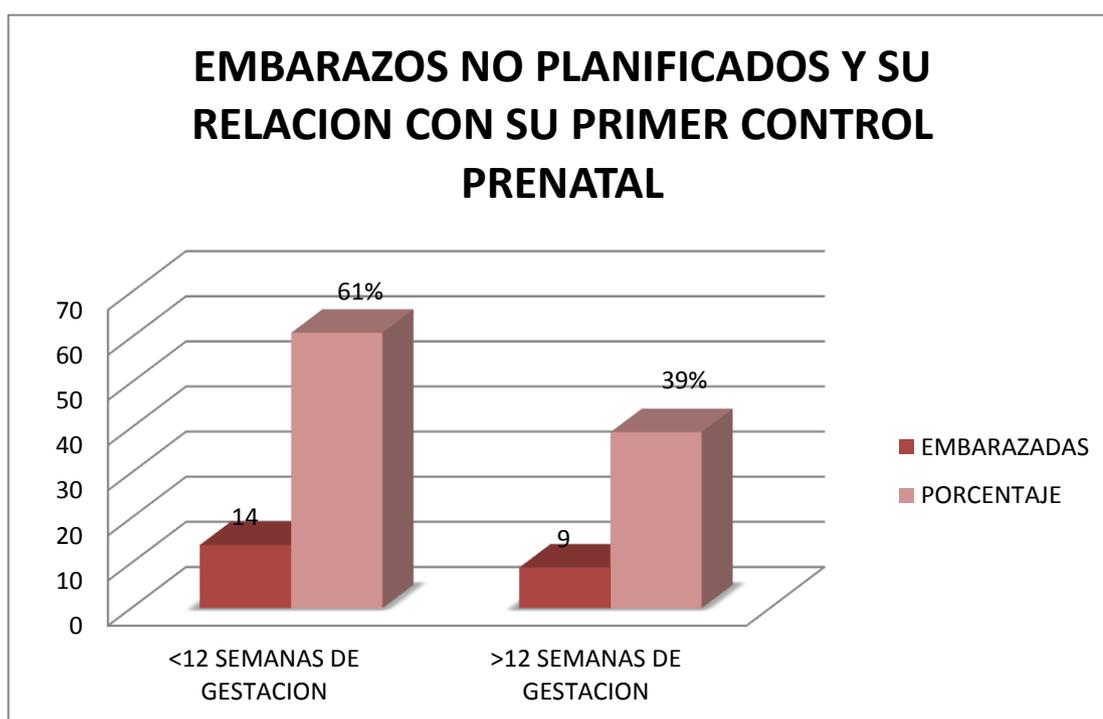


**FUENTE:** Historias clínicas del Subcentro de salud “Patria Nueva”

### GRAFICO N° 10

#### INICIO DE CONTROL PRENATAL SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN EMBARAZOS NO PLANIFICADOS

	<12 SEMANAS DE GESTACION	>12 SEMANAS DE GESTACION	TOTAL
<b>EMBARAZADAS</b>	14	9	23
<b>PORCENTAJE</b>	61	39	100

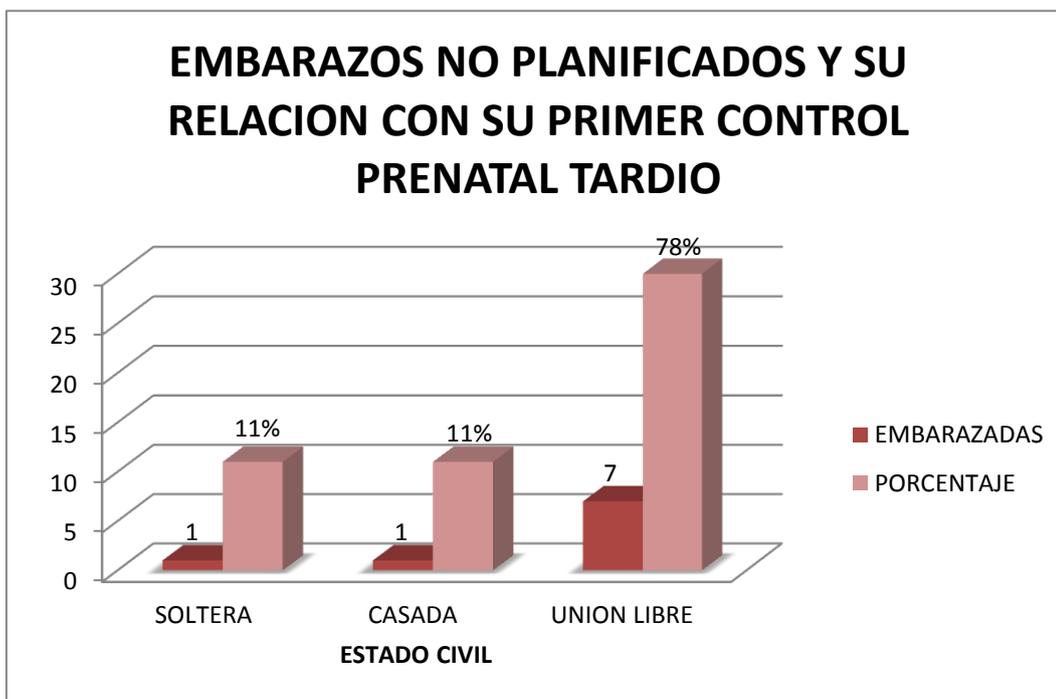


**FUENTE:** Historias clínicas del Subcentro de salud “Patria Nueva”

**GRAFICO N° 11**

**EMBARAZOS NO PLANIFICADOS QUE INICIAN CONTROL PRENATAL TARDIO Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO CIVIL.**

	SOLTERA	CASADA	UNION LIBRE	TOTAL
N°	1	1	7	9
%	11%	11%	78%	100%

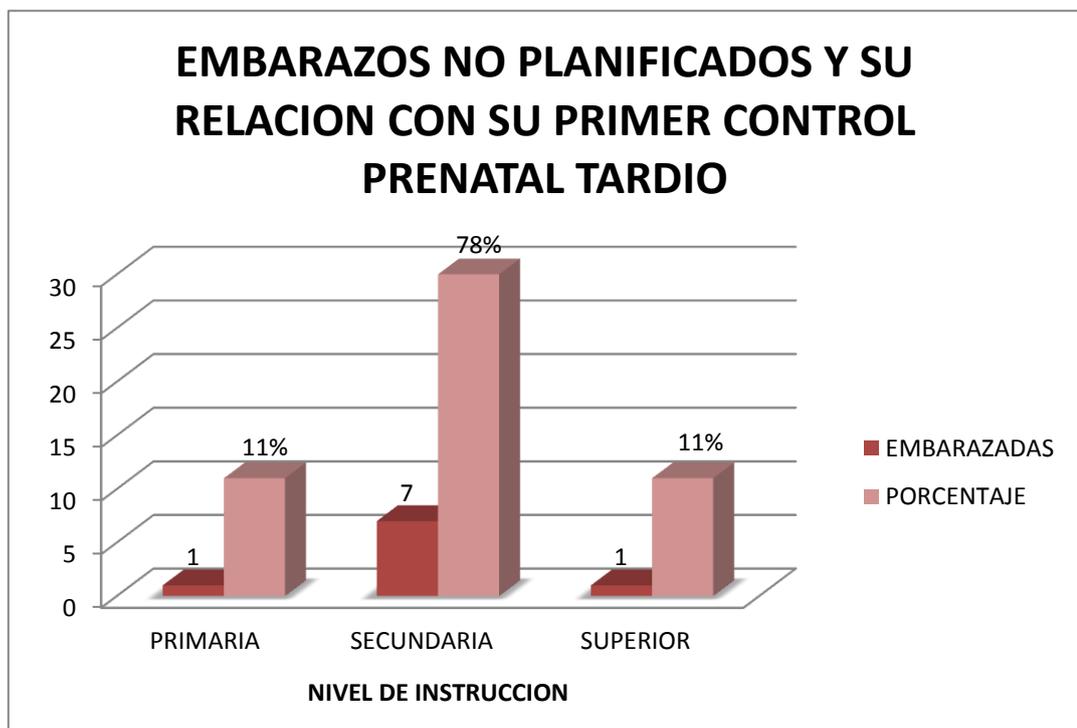


**FUENTE:** Historias clínicas del Subcentro de salud “Patria Nueva”

## GRAFICO N° 12

### EMBARAZOS NO PLANIFICADOS QUE INICIAN CONTROL PRENATAL TARDIO Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN.

	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR	TOTAL
N°	1	7	1	9
%	11%	78%	11%	100%

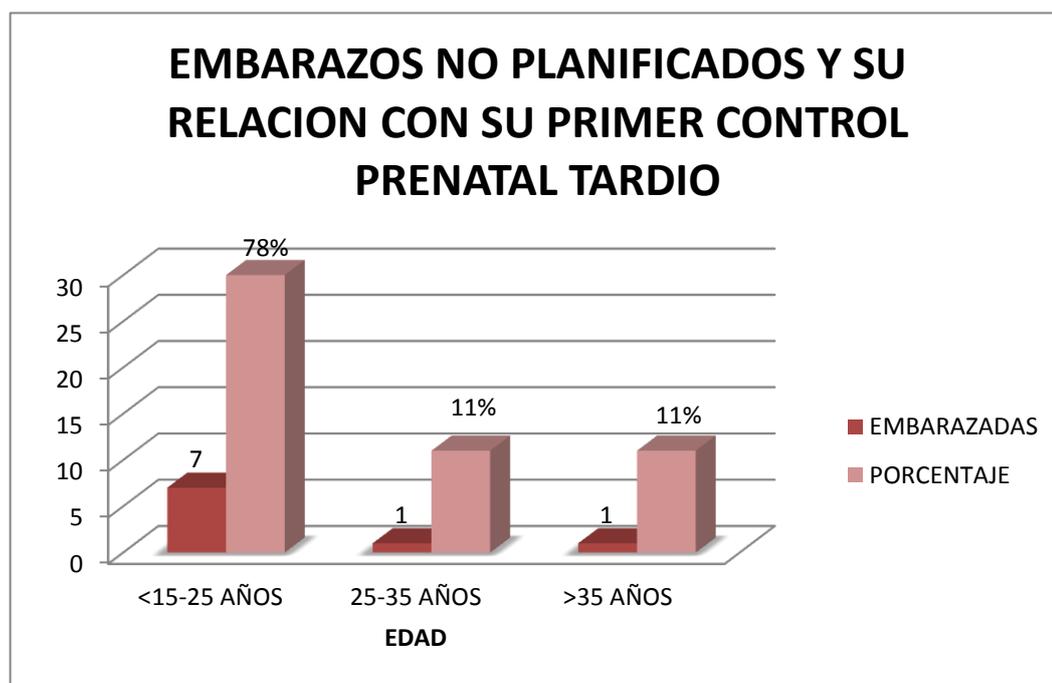


**FUENTE:** Historias clínicas del Subcentro de salud “Patria Nueva”

### GRAFICO N° 13

#### EMBARAZOS NO PLANIFICADOS QUE INICIAN CONTROL PRENATAL TARDIO Y SU RELACIÓN CON LA EDAD.

	<15-25 AÑOS	25-35 AÑOS	>35 AÑOS	TOTAL
N°	7	1	1	9
%	78%	11%	11%	100%

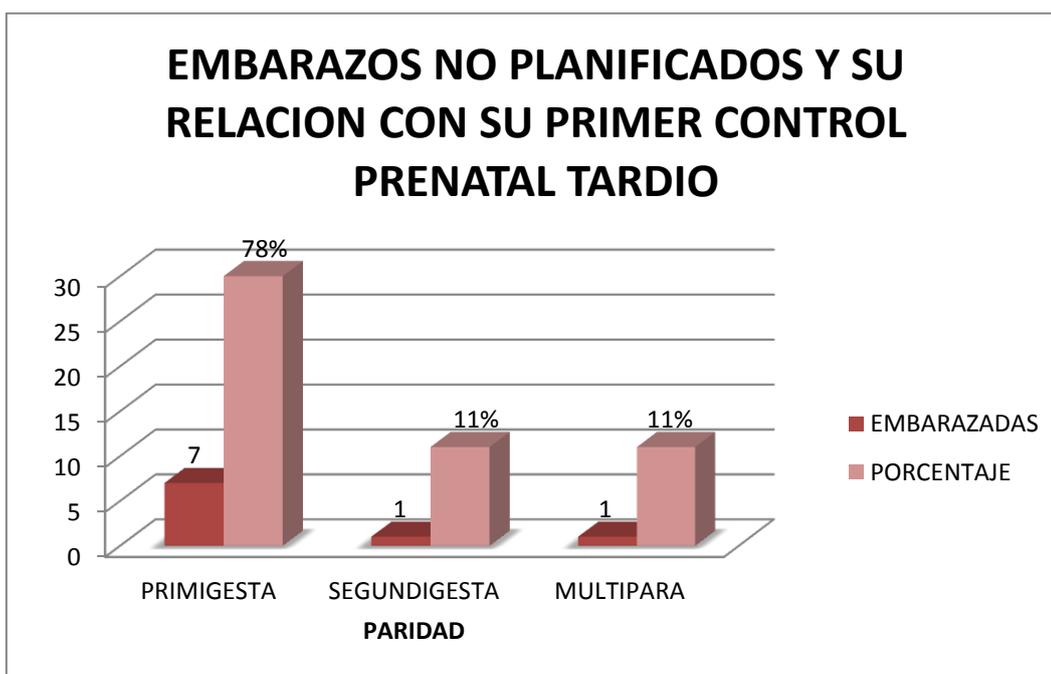


**FUENTE:** Historias clínicas del Subcentro de salud “Patria Nueva”

### GRAFICO N° 14

#### EMBARAZOS NO PLANIFICADOS QUE INICIAN CONTROL PRENATAL TARDIO Y SU RELACIÓN CON LA PARIDAD.

	PRIMIGESTA	SEGUNDIGESTA	MULTIPARA	TOTAL
N°	7	1	1	9
%	78%	11%	11%	100%

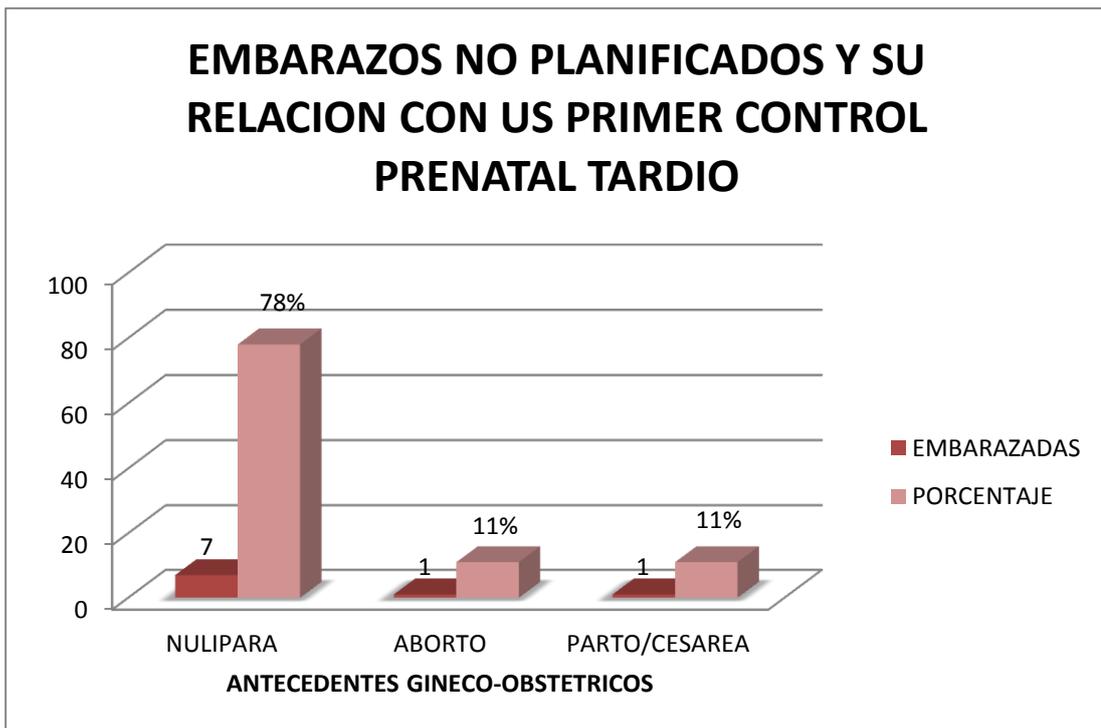


**FUENTE:** Historias clínicas del Subcentro de salud “Patria Nueva”

### GRAFICO N° 15

#### EMBARAZOS NO PLANIFICADOS QUE INICIAN CONTROL PRENATAL TARDIO Y SU RELACIÓN CON SUS ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

	NULIPARA	ABORTO	PARTO/CESAREA	TOTAL
N°	7	1	1	9
%	78	11	11	100



**FUENTE:** Historias clínicas del Subcentro de salud “Patria Nueva”

## 4.2. DISCUSIÓN

Este trabajo que comprendió un análisis observacional descriptivo mediante la revisión de historias clínicas de las pacientes en estado de gravidez atendidas en los meses de Octubre a diciembre del 2014 que fueron un número de 184, correspondiente al 100%, aplicando los criterios de inclusión antes descritos se dividieron en: Primeras (primer control prenatal) N° 44 o el 24%, Subsecuentes N° 140 o el 76 %.

Con respecto a la planificación del embarazo 21 si lo hicieron, mientras que 23 no lo hicieron dando un porcentaje de 48% planificados contra 52% no planificados, se asemeja a los datos de una publicación titulada Embarazo no planeado y aborto inducido en México, donde refiere que para 2009, se estima que más de la mitad 55% del total de embarazos fueron no planeados, estas cifras se ajustan al patrón delineado en otros países en el cual el nivel del embarazo no planeado es mayor en las áreas más desarrolladas y urbanas: se estima que 70% de los embarazos son no planeados en la región más desarrollada, en comparación con 45% en la región menos desarrollada.<sup>34</sup>

De las 44 pacientes atendidas para su primer control prenatal durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2014, acudieron de forma precoz 30 de ellas que corresponde al 68%, y 14 pacientes correspondiente al 32% lo hizo de forma tardía que sería después de las 12 semanas de gestación. Observamos un estudio con diseño analítico de casos y controles, prospectivo, transversal, publicado y realizado en el 2015, en San Juan de Miraflores- Perú, resultando que la mayoría de gestantes (53.8%) evaluadas en el estudio inicia tempranamente su atención prenatal,<sup>39</sup> en comparación con nuestro trabajo que supera con más del 15% la atención prenatal precoz, otro estudio arroja un porcentaje del 76% de las embarazadas que no acuden de manera precoz al control prenatal.<sup>26</sup>

De los embarazos no planificados que son 23 de los cuales 14 que corresponde al 61% se realizaron control prenatal precoz, mientras que 9 o el 39% lo hizo a partir de las 12 semanas de gestación, no se encuentran datos porcentuales donde estudien los embarazos no planificados y los relacionen con el inicio tardío del control prenatal, pero

los datos arrojados en nuestro trabajo se asemejan a los valores de inicio precoz de control prenatal del 68% y del 32% de forma tardía.<sup>39</sup>

Según el estado civil de las mujeres con embarazos no planificados que realizaron su atención prenatal de forma tardía, predomina la Unión libre con el 78%, solteras y casadas ambas con un porcentaje igual al 11%, el nivel de instrucción o escolaridad 78% corresponde a secundaria y bachillerato, 11% primaria e igual porcentaje para la educación superior, podemos relacionar estos resultados con un estudio cuyo objetivo fue determinar los factores por los cuales las embarazadas no concurren de manera precoz al control prenatal y según el estado civil de su población demostró unión estable en un (68%), el 17% casadas y el 15% solteras, el análisis de la escolaridad mostró que el 18% tenían primaria incompleta y que el 33% lo completó, el 29% secundaria incompleta y el 13% completó estos estudios y el 7% tenía estudios terciarios,<sup>26</sup> los datos del análisis del estado civil siguen siendo muy parecidas a nuestros resultados aunque los de escolaridad varían ampliamente.

La relación con la edad de este grupo de mujeres con embarazos no planificados que realizaron su primer control prenatal de forma tardía, clasificada en 3 grupos etarios: de entre 15 y 25 años con un 78%, de entre 25 y 35 años el 11%, de mayores de 35 años también con el 11%, se puede comparar datos con los de un estudio aplicada a mujeres con embarazos no deseados donde se clasifico en dos grupos etarios < 21 años con un 44.2% y > 21 años con 55.8 % ,<sup>7</sup> lo cual se alejan a nuestros resultados donde una gran mayoría corresponde a adolescentes y jóvenes.

De este mismo grupo de embarazadas según la paridad clasificada en primigesta, segundigesta y múltipara corresponde el 78%, 11% y 11% respectivamente, relacionándolo con los factores de riesgo obstétricos de las gestantes con inicio tardío y temprano de la atención prenatal, se evidencia que las multigestas con control de inicio tardío son en un 67.6%.<sup>39</sup>

### **4.3.CONCLUSIONES**

- En este estudio se evidencia una ligera variación positiva a la mitad del total de embarazadas que acuden a control prenatal.
- Se puede apreciar que entre los embarazos no planificados que inician su control prenatal de forma tardía en su mayoría corresponde a mujeres con escolaridad media, de estado civil de unión libre y edades menores a 25 años.
- En este trabajo se puede concluir que la muestra poblacional no es significativa ni representativa, debido a corto tiempo de estudio.

#### **4.4. RECOMENDACIONES**

- Se recomienda trabajar de forma grupal con pacientes embarazadas, mujeres en planificación familiar y mujeres en edad fértil, con el fin de brindar información realizar mesas de discusión, debate, noticias de interés, despejando muchas dudas sobre la importancia del control prenatal, la atención preconcepcional y romper paradigmas para mejorar la aceptación de la mujer con embarazo no deseado o no planificado.
- Se recomienda al personal pertinente, promotores de salud, que trabajen junto a las instituciones educativas para captar a los grupos vulnerables como son la adolescencia y adultas jóvenes, y mujeres de estado civil en unión libre.
- Se recomienda realizar trabajos similares, con amplio número poblacional de estudio y lapso más prolongado de tiempo, para obtener datos de mayor significancia estadística.

## 5. BIBLIOGRAFIA

1. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Intervenciones para Prevenir Embarazos no deseados en adolescentes: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de agosto de 2011). Enlace URL: [http://apps.who.int/rhl/adolescent/cd005215\\_ramoss\\_com/es/](http://apps.who.int/rhl/adolescent/cd005215_ramoss_com/es/)
2. Yago Simón T; Tomás Aznar C. Variables Sociodemográficas Relacionadas con Embarazos no Planificados en jóvenes de 13 a 24 años. Rev. Esp. Salud Publica vol.88 no.3 Madrid mayo-jun. 2014. Pg. 395-406. Enlace URL: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272014000300009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000300009)
3. Uzcategui O; Heimerdinger A; Briceño Iragorry L. Embarazo en la Adolescente. Colección Razetti. Volumen VIII. Capitulo 7; Caracas: Editorial Ateproca; 2009.p.241-268.
4. Muñoz Ortega S. L. (2014). Perfil Socio-demográfico y Psicosocial de las Adolescentes Embarazadas en una Maternidad de Guayaquil, Ecuador. [Tesis Magister]. UNIVERSIDAD DE CHILE, Santiago. Pg. 1-75. Enlace URL: <http://repositorio.educacionsuperior.gob.ec/handle/28000/1558>
5. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). Factores Relacionados con el Embarazo y la Maternidad en menores de 15 años en America Latina y el Caribe. Lima, Perú, enero 2011; Pg. 1-86. Enlace URL: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=sYkXu2AgoPgC&oi=fnd&pg=PA8&dq=EMBARAZOS+NO+DESEADOS+AMERICA&ots=fh8EMwg2ZC&sig=qrC49\\_tv92-K0O8zzc1iiDwtr3o#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=sYkXu2AgoPgC&oi=fnd&pg=PA8&dq=EMBARAZOS+NO+DESEADOS+AMERICA&ots=fh8EMwg2ZC&sig=qrC49_tv92-K0O8zzc1iiDwtr3o#v=onepage&q&f=false)

6. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; Ministerio de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición- ENSANUT 2012; Demografía, salud materna e infantil y salud sexual y reproductiva. Ecuador 2012; Pg. 1-30. Enlace URL: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/ENSANUT/SaludSexual\\_y\\_Reproductiva/141016.Ensanut\\_salud\\_sexual\\_reproductiva.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/SaludSexual_y_Reproductiva/141016.Ensanut_salud_sexual_reproductiva.pdf)
  
7. Orozco Lopez M; Mendoza Resendiz M. T; Ramos Galvan R. I; Lopez Lopez A; Ruelas Gonzalez G. Embarazo no deseado a término en mujeres atendidas en dos hospitales del Distrito Federal. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2011;16(4):240-247. Enlace URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2011/rmq114i.pdf>
  
8. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011. Parte 1. Objetivos de Desarrollo del Milenio Relacionado con la Salud. pg. 1-170 Enlace URL: [http://www.who.int/whosis/whostat/ES\\_WHS2011\\_Full.pdf?ua=1](http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf?ua=1).
  
9. Valdés S. G. El embarazo humano: paradigma biológico de tolerancia y adaptación. Rev. méd. Chile vol.139 no.3 Santiago mar. 2011; Pg 400-405. Enlace URL: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872011000300019&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000300019&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000300019>.
  
10. Menéndez Guerrero; Navas Cabrera I; Hidalgo Rodríguez. El Embarazo y sus Complicaciones en la madre adolescente. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012; 38(3)Pg. 333-342. Enlace URL: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2012000300006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006)

11. Agencia de Salud Pública de Barcelona. La Salud Reproductiva y Sexual en España. Gac Sanit v.23 n.3 Barcelona mayo-jun. 2009; Pg: 171-173. Enlace URL: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112009000300001&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112009000300001&script=sci_arttext)
12. Palma I. "Trayectorias sexuales, preventivas y sociales en el embarazo no previsto de los segmentos juveniles en Chile." Última década 2010; 18 (33): 87-113.
13. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección Nacional de Normatización. Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud. Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Pub. QUITO-Agosto 2010. Pg. 1-149.
14. Bonilla Herrera L. A; Moreno Portillo L. S; Velasco Cañenguez M. N. (2013). *Causas y efectos por embarazo no planificado en estudiantes universitarias, del campus central de la Universidad de El Salvador.* [Tesis Licenciatura], Universidad de El Salvador. Pg. 3-91. Enlace URL: <http://ri.ues.edu.sv/4697/>
15. Baeza B; Póo A; Vasquez O; Muñoz S; Vallejos C. Identificación de Factores de Riesgo y Factores Protectores del Embarazo en Adolescentes de la Novena Región. Rev. chil. obstet. ginecol. v.72 n.2 Santiago 2007; Pg. 76-81. Enlace URL: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262007000200002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000200002)
16. Lira Plascencia J; Velazquez Ramirez N; Ibarguengoitia Ochoa F; Montoya Romero J; Castelazo Morales E; Valerio Castro E. Anticonceptivos de Larga Duración Reversibles: Una estrategia eficaz para la reducción de los embarazos no planeados. Ginecol Obstet Mex 2013;81: Pg.530-540. Enlace URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom139g.pdf>

17. Parra Pineda M. O. Control Prenatal. Cap. 5. Pub.2010. pg; 76-88.  
Enlace URL: [http://www.bdigital.unal.edu.co/1563/28/Cap\\_5.pdf](http://www.bdigital.unal.edu.co/1563/28/Cap_5.pdf)
18. Herrera Alcazar V. Atencion Prenatal. Atencion Integral de Salud. Medicina General Integral; Salud y Medicina. ÁLVAREZ SINTES. Vol. I; parte VI; cap. 29. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. Pg. 225-231.
19. Verde M. E; Varela L; Episcopo C; García R; Briozzo L; Impallomeni I. Embarazo sin control: Análisis epidemiológico. Rev. Méd. Urug. [revista en la Internet]. 2012 Jul; 28(2): Pg. 100-107. Enlace URL: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902012000200003&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902012000200003&lng=es).
20. Aguilera S, Soothill P. Ed. Elsevier; rev. med. clin. Condes , Pub. 2014; Pg.880-886. Enlace URL: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90374078&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=202&ty=65&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v25n06a90374078pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90374078&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=202&ty=65&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v25n06a90374078pdf001.pdf)
21. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. Obstetrics-Normal and Problem Pregnancies. 5ta. ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone; 2007. Pg. 1-1379
22. Rodríguez Dominguez Pedro Lorenzo, Collazo Cantero Irma. Embarazo y uso del ácido fólico como prevención de los defectos del tubo neural. Rev. Med. Electrón. [revista en la Internet]. 2013 Abr [citado 2015 Sep 18] ; 35(2): 105-113. Enlace URL: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242013000200002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242013000200002&lng=es).

23. Bujold E, Roberge S, Lacasse Y, Bureau M et al. Prevention of Preeclampsia and Intrauterine Growth Restriction With Aspirin Started in Early Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2010; p. 402-414.
24. Palomaki GE, Deciu C, Kloza EM, Lambert-Messerlian GM, Haddow JE, Neveux LM, et al. DNA sequencing of maternal plasma reliably identifies trisomy 18 and trisomy 13 as well as Down syndrome: an international collaborative study. *Genet Med* 2012;14: Pg. 296-305.
25. OMS, Nuevo modelo de control prenatal de la OMS, 2003. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; p. 1-41.
26. Pecora A; San Martín M; Cantero A; Furfaro K; Jankovic M; Llompart V. Control Prenatal Tardío: ¿Barreras en el Sistema de Salud?. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* 2008; 27 (3). Pg; 114-119.
27. Quelopana del Valle A; Dimmitt Champion J; Salazar Gonzalez B. Factores Psicosociales que Influyen en el Inicio del control prenatal. *Desarrollo Cientif. Enferm.* Vol. 15 N° 3 Abril, 2007.Pg; 102-106
28. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección Nacional de Normatización. Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud, HCI. Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) de la Atención Materno Neonatal. Componente Obstétrico de la Norma Materno Neonatal. Quito, Junio 2008.
29. González Zhindón G; Granda Juca D. (2011). “Morbilidad y Mortalidad Materno Neonatal y Calidad de la Atención en el hospital Aida de León Rodríguez Lara, Girón, 2010. [Tesis titulación médico]. Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas. Ecuador.

30. Cáceres-Manrique Flor de María. El control prenatal: una reflexión urgente. Rev Colomb Obstet Ginecol [serial on the Internet]. 2009 June; 60 ( 2 ): 165-170. Enlace URL:[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342009000200007&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342009000200007&lng=en).
31. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III LC, Wenstrom KD. Obstetricia de Williams 23ª edición. México: Mc Graw Hill Interamericana Editores; 2011. P. 189, 190.
32. Brown J; Astudillo O; Carney S. A; Carter N; Dehnel T; Khan C. The Lancet. Pub. 2006; Pg. 1-88. Enlace URL: <http://207.58.191.15:8180/xmlui/handle/123456789/326>
33. Langer A. El embarazo no deseado: Impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica vol.11 n.3 Washington Mar. 2002. Pg. 192-205. Enlace URL: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf>
34. Juárez F, Singh S, Maddow-Zimet I, Wulf D. Embarazo no planeado y aborto inducido en México, Causas y Consecuencias. Embarazo no deseado y aborto inducido. Pub.2010; Institute GUTTMACHER. Pg; 4-18 Enlace URL: <https://www.guttmacher.org/pubs/Embarazo-no-deseado-Mexico.pdf>
35. Wolff L Claudia, Valenzuela X Paula, Esteffan S Karim, Zapata B Daniela. Depresión Posparto en el Embarazo Adolescente: Análisis del Problema y sus Consecuencias. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2009 ; 74( 3 ): 151-158. Enlace URL: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262009000300004&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000300004&lng=es).

36. Arcos E; Uarac M; Molina I. Impacto de la violencia doméstica en la salud infantil. Rev. méd. Chile v.131 n.12 Santiago dic. 2003. Pg. 1454-1462. Enlace URL: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872003001200014](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003001200014)
37. Lara Ma. Asunción, Letechipía Gabriela. Ideación y comportamiento suicida en embarazadas. Salud Ment [revista en la Internet]. 2009 Oct; 32( 5 ): 381-387. Enlace URL: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252009000500004&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000500004&lng=es).
38. Barrios Prieto E; Corona Gutiérrez A; Romo Huerta H. Resultados perinatales del embarazo no deseado. Rev. Med. MD; Volumen 4, número 4; mayo - julio 2013; Pg. 227-232. Enlace URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2013/md134d.pdf>
39. Navarro Vera, Mirella J. Factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al consultorio de Obstetricia del Centro de Salud “Leonor Saavedra” - enero a marzo del 2015. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Cybertesis PERÚ. Enlace URL: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4194>

## **6. ANEXOS**

# **ANEXOS**

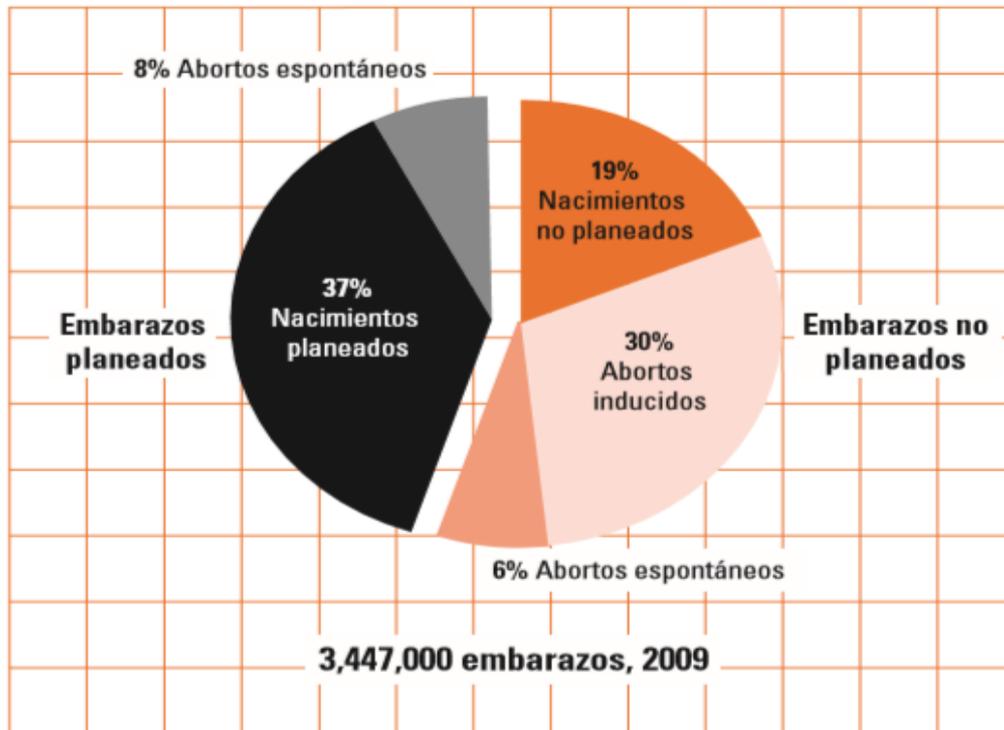
## ANEXO 1



**Fuente:** Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección Nacional de Normatización. Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud. Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Pub. Agosto 2010.

## ANEXO 2

**Cada año, el 55% del total de embarazos son no planeados.**



**Fuente:** Juárez F; Singh S; Maddow Zimet I; Wulf D. Embarazo no planeado y aborto inducido en México, Causas y Consecuencias. Embarazo no deseado y aborto inducido. Pub.2010; Institute GUTTMACHER, Pg; 4-18.

# ANEXO 3

**HISTORIA CLINICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS**

**ANTECEDENTES**

**FAMILIARES** TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, otra cond. médica grave

**PERSONALES** genito-urinfaria, infertilidad, cardiopat., nefropatía, violencia

**OBSTETRICOS** gestas previas, abortos vaginales, nacidos vivos, cesáreas, nacidos muertos

**FIN EMBARAZO ANTERIOR** día, mes, año, menos de 1 año

**EMBARAZO PLANEADO** no, si

**FRACASO METODO ANTICONCEP.** DIU, hormonal, natural

**GESTACION ACTUAL**

**PESO ANTERIOR** Kg, TALLA (cm)

**EG CONFIABLE** por FUM, Eco <20 s.

**FUMA ACT.** 1º, 2º, 3º trim

**FUMA PAS.** no, si

**DROGAS**, **ALCOHOL**, **VIOLENCIA**

**ANTIRUBEOLA** si, no

**ANTITETANICA** vigente, no

**EX. NORMAL** ODONT., MAMAS

**CERVIX** Insp. visual, PAP, COLP

**GRUPO**, **Rh**, **TOXOPLASMOSIS** <20sem IgG, >=20sem IgG, 1ª consulta IgM

**VIH** <20 sem, >=20 sem

**Hb** <20 sem, >=20 sem

**Fe/FOLATOS** indicados, no

**Hb** >=20 sem, <11.0g

**VDR/LRPR** <20 sem, >=20 sem

**SIFILIS** confirmada por FTA, n/c

**VDR/LRPR** <20 sem, >=20 sem

**CHAGAS** no se hizo, si

**PALLIDISMO/MALARIA** no se hizo, si

**BACTERIURIA** sem. normal, anormal, no se hizo, >=20

**GLUCEMIA EN AYUNAS** <20 sem, >=1.05 g/dl, >=30 sem

**ESTREPTOCOCCO** 35 - 37 semanas, no se hizo, si

**PREPARACION PARA EL PARTO**, **CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA**

**TTO. SIFILIS** no, si, no corresponde

**SULTAS ANTEENATALES** día, mes, año, edad gest., peso, P.A., altura uterina, presentación, FCF (lpm), movim. fetales, protei. nuria, signos de alarma, exámenes, tratamientos, Iniciales Técnico, próxima cita

**PARTO** / **ABORTO**

**FECHA DE INGRESO** día, mes, año

**CONSULTAS PRE-NATALES** total, días

**HOSPITALIZ. en EMBARAZO** no, si, días

**CORTICOIDES ANTEENATALES** completo, incompl., ninguna, n/c

**INICIO ESPONTANEO** no, si

**RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO** no, si, hora, min, temp. >=38°C

**EDAD GEST.** <37 sem, >=37 sem

**PRESENTACION SITUACION** cefalica, pelviana, transversa

**TAMANO FETAL ACORDE** no, si

**ACOMPANANTE TDP** pareja, familiar, otro, ninguno

**CARNÉ** no, si

**TRABAJO DE PARTO** hora, min, posición de la madre, PA, pulso, contr./10, dilatación, altura present., variedad posic., meconio, FCF/dips

**ENFERMEDADES** HTA previa, HTA inducida, preeclampsia, eclampsia, cardiopatía, nefropatía, diabetes

**INFECCIONES** infec. ovular, infec. urinaria, amenaza parto preter., R.C.I.U., rotura prem. de membranas, anemia, otra cond. grave

**HEMORRAGIA** 1º, 2º, 3º trim., postparto, infeción puerperal

**NACIMIENTO** VIVO, MUERTO anteparto, hora, min, día, mes, año, MULTIPLE orden, TERMINACION espont., fórceps, cesárea, vacuum, otra

**INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO**

**POSICION PARTO** sentada, acostada, ERSQU/TOMA, DESGARROS Grado (1 a 4), OCITOCICOS preakumb., postakumb., PLACENTA completa, retenida, LIGADURA CORDON precoc, MEDICACION RECIBIDA, colitocops en TDP, antibi., analgesia, anest. local, anest. regional, anest. gen., transfusión, otros

**RECEN NACIDO** SEXO f, m, PESO AL NACER g, LONGITUD cm, P. CEFALICO cm, EDAD GESTACIONAL sem, días, FUM, ECO, PESO E.G., APGAR (min) 1º, 5º, REANIMACION estimulac., aspiración, máscara, oxígeno, masaje, tubo

**FALLECE en LUGAR de PARTO**, REFERIDO alq., neona, otro con: talog, hosp.

**ATENDIO** médico, obst., enf., auxil., estud., empir., otro

**NEONATO**, **PUERPERIO** día, hora, T°C, P.A., pulso, invol. uter., loquios

**TAMIZAJE NEONATAL** VDR/L, TSH, Hepatía, Bilirub, Toxo IgM

**ANTIRUBEOLA POST PARTO** No corresponde, no, si

**ANTICONCEPCION** CONSEJERIA no, si

**EGRESO RN** vivo, fallece, traslado, fallece durante o en lugar de traslado, EDAD días completos, ALIMENTO AL ALTA lact. excl., parcial, artificial, Boca arriba, BCG, PESO AL EGRESO

**EGRESO MATERNO** traslado, lugar, día, mes, año, viva, fallece, fallece durante o en lugar de traslado, no, si

**METODO ELEGIDO** DIU postevento, ligadura tubaria, DIU, natural, barrera, otro, hormonal, ninguno

**Nombre Recién Nacido**, **Responsable**

**Este color significa ALERTA** (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección Nacional de Normatización. Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud, HCI. Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) de la Atención Materno Neonatal. Componente Obstétrico de la Norma Materno Neonatal. Quito, Junio 2008.

## ANEXO 4

TABLA 1. PROGRAMA DE CUIDADOS PRENATALES	
TIEMPO (SEMANAS)	EXÁMENES SOLICITADOS
Primer control	Hemograma / Hto-Hb Urocultivo y Orina completa Grupo sanguíneo Rh/Coombs indirecto VDRL-RPR Ag superficie Hepatitis B Citología cervical Glicemia Ultrasonido por indicación
11-14 sem	Ultrasonido 11 a 14 semanas, para riesgo de aneuploidía, (más bioquímica: BHCG libre PAPP-a, según disponibilidad) Doppler arterias uterinas
20-24 sem	Ultrasonido anatomía y marcadores aneuploidía Doppler de arterias uterinas (si no se realizó en examen US previo) Evaluación del cérvix, según disponibilidad
26-28 sem	Glicemia post prandial, tamizaje de Diabetes, Coombs Indirecto en Rh no sensibilizada. Administración inmunoglobulina anti Rho (Rh negativas no sensibilizadas), según disponibilidad
32-38 sem	Ultrasonido (crecimiento, presentación, placenta) Repetir VDRL/RPR, Hcto-Hb Cultivo <i>Streptococo B</i> (35-37 sem)

**FUENTE:** Aguilera S; Soothill P; Ed. Elsevier; rev. med. clin. Condes , Pub. 2014; Pg.880,886.

## ANEXO 5

	Número de abortos (millones)			Tasa de aborto*		
	Total	Seguros	En condiciones de riesgo	Total	Seguros	En condiciones de riesgo
<b>Total</b>						
Mundo	41,6	21,9	19,7	29	15	14
Países desarrollados	6,6	6,1	0,5	26	24	2
Países en desarrollo	35,0	15,8	19,2	29	13	16
<b>Estimaciones por región</b>						
África	5,6	0,1	5,5	29	‡	29
África Oriental	2,3	†	2,3	39	‡	39
África Central	0,6	†	0,6	26	‡	26
África Septentrional	1,0	†	1,0	22	‡	22
África Meridional	0,3	0,1	0,2	24	5	18
África Occidental	1,5	†	1,5	27	‡	28
Asia	25,9	16,2	9,8	29	18	11
Asia Oriental	10,0	10,0	†	28	28	‡
Asia Sudcentral	9,6	3,3	6,3	27	9	18
Asia Sudoriental	5,2	2,1	3,1	39	16	23
Asia Occidental	1,2	0,8	0,4	24	16	8
Europa	4,3	3,9	0,5	28	25	3
Europa Oriental	3,0	2,7	0,4	44	39	5
Europa Septentrional	0,3	0,3	†	17	17	‡
Europa Meridional	0,6	0,5	0,1	18	15	3
Europa Occidental	0,4	0,4	†	12	12	‡
América Latina y el Caribe	4,1	0,2	3,9	31	1	29
Caribe	0,3	0,2	0,1	35	19	16
América Central	0,9	†	0,9	25	‡	25
América del Sur	2,9	†	2,9	33	‡	33
América del Norte	1,5	1,5	†	21	21	‡
Oceanía	0,1	0,1	0,02	17	15	3§

\*Abortos por 1000 mujeres entre 15 y 44 años de edad. †Menos de 0,05. ‡Menos de 0,5. §La tasa de 11 publicada por la OMS se refiere a las regiones en desarrollo de Oceanía y no incluye las poblaciones de Australia y Nueva Zelandia.

**Tabla 2: Número estimado de abortos inducidos en condiciones seguras y en condiciones de riesgo, y tasas de abortos por región y subregión, 2003**

Fuente: Brown J; Astudillo O; Carney S. A; Carter N; Dehnel T; Khan C. The Lancet. Pub. 2006; Pg. 1-88.

## ANEXO 6

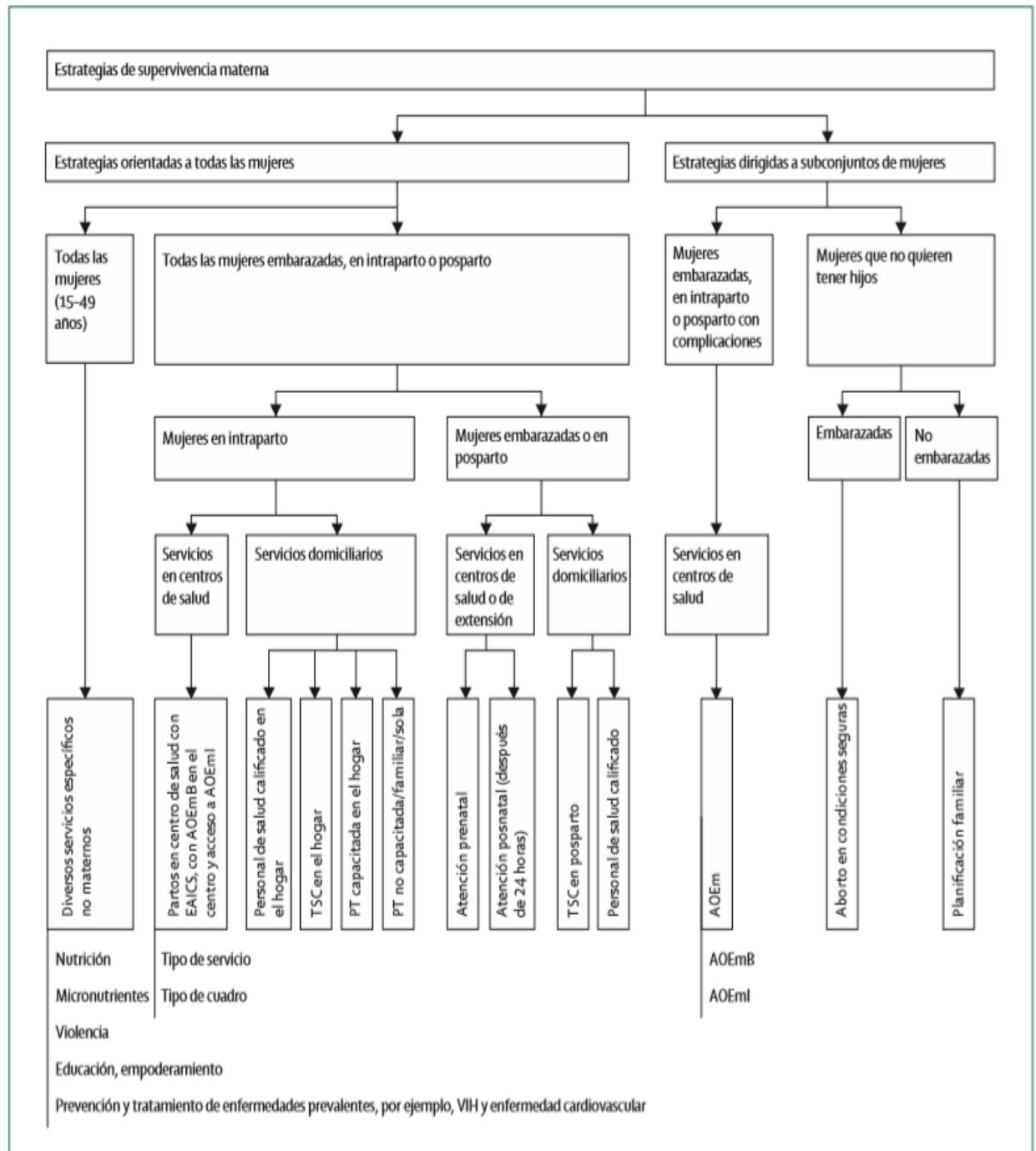


Figura 2: Opciones estratégicas para reducir la mortalidad materna

Fuente: Brown J; Astudillo O; Carney S. A; Carter N; Dehnel T; Khan C. The Lancet. Pub. 2006; Pg. 1-88.

**ANEXO 7**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA  
CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS  
SUBCENTRO DE SALUD “PATRIA NUEVA “**

**INCIDENCIA DE EMBARAZOS NO PLANIFICADOS Y SU RELACIÓN CON INICIO  
TARDIO DE CONTROL PRENATAL EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE DEL AÑO 2014.**

**FECHA:**

**NUMERO DE HISTORIA CLINICA:**

**EDAD:**

15 – 25 años  25-35 años  >35 años

**NIVEL DE INSTRUCCIÓN ACADÉMICA:**

PRIMARIA  SECUNDARIA  SUPERIOR  ANALFABETO

**FECHA DE INICIO DEL PRIMER CONTROL PRENATAL:**

DD/MM/AA

**FECHA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN (FUM):**

DD/MM/AA

**ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:**

GESTAS  PARTOS  CESÁREA  ABORTOS

**EMBARAZO PLANIFICADO:**

SI  NO

**MÉTODO REGULAR DE ANTICONCEPCIÓN:**

SI  ESPECIFIQUE:  NO

## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** TESIS GASO ANALISIS.docx (D16331771)  
**Submitted:** 2015-11-23 09:55:00  
**Submitted By:** edgarsalazarc1987@hotmail.com  
**Significance:** 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0