Sanitas
Revista arbitrada de ciencias de la salud
Vol. 5(3), 59–64, 2026
https://doi.org/10.62574/bmf1aa44

Control prenatal y prevención de complicaciones obstétricas: revisión de la evidencia

Prenatal care and prevention of obstetric complications: a review of the evidence

Samaria Anahí Llerena-Morales
samarialm00@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0002-7573-4626

Joselyn Tatiana Apupalo-Pimboza
joselynap57@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0000-4432-3280

Camila Natasha Altamirano-Haro
camilaah64@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0001-4218-873X

RESUMEN

Objetivo: analizar la evidencia sobre el efecto del control prenatal en la prevención de complicaciones obstétricas y las barreras que limitan su acceso. **Método:** estudio documental descriptivo basado en 16 documentos indexados en PubMed, SciELO y LILACS, publicados entre 2005 y 2024. **Resultados:** el control prenatal adecuado se asoció con menos complicaciones periparto y posparto y atenuó el riesgo de parto pretérmino y bajo peso en adolescentes; la aspirina en dosis bajas redujo la preeclampsia pretérmino y el tratamiento de la diabetes gestacional disminuyó las complicaciones perinatales graves; las barreras identificadas fueron económicas, de transporte, institucionales y psicosociales. **Conclusiones:** el control prenatal temprano, de calidad y adaptado a las necesidades de cada gestante constituye la principal herramienta para reducir las complicaciones obstétricas.

Descriptores: atención prenatal; complicaciones del embarazo; accesibilidad a los servicios de salud. (DeCS).

ABSTRACT

Objective: to analyze the evidence on the effect of prenatal care on the prevention of obstetric complications and the barriers that limit its access. **Method:** descriptive documentary study based on 16 documents indexed in PubMed, SciELO and LILACS, published between 2005 and 2024. **Results:** adequate prenatal care was associated with fewer peripartum and postpartum complications and attenuated the risk of preterm birth and low birth weight in adolescents; low-dose aspirin reduced preterm preeclampsia and treatment of gestational diabetes decreased serious perinatal complications; the barriers identified were economic, transport-related, institutional and psychosocial. **Conclusions:** early, high-quality prenatal care tailored to each pregnant woman's needs is the main tool for reducing obstetric complications.

Descriptors: prenatal care; pregnancy complications; health services accessibility. (DeCS).

Recibido: 05/07/2026. Revisado: 06/08/2026. Aprobado: 12/08/2026. Publicado: 01/10/2026.

Original breve

INTRODUCCIÓN

La hemorragia, los trastornos hipertensivos y la sepsis figuran entre las principales causas directas de muerte materna, junto con un peso creciente de las causas indirectas, según el análisis sistemático de la Organización Mundial de la Salud (1). En tal sentido, el control prenatal constituye la estrategia preventiva más extendida para detectar y tratar a tiempo estas condiciones. Ramírez señaló que una atención prenatal coordinada y basada en evidencia reduce las hospitalizaciones y la morbimortalidad asociada al embarazo, y que su inicio a las 10 semanas o antes mejora los resultados (2).

Ahora bien, el contenido de la atención varía entre sistemas de salud. Boureka et al. compararon las guías del Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención del Reino Unido, la Agencia de Salud Pública de Canadá, la Organización Mundial de la Salud y el Colegio de Australia y Nueva Zelanda, y hallaron consenso en aspectos clave como el calendario de consultas (3). De igual forma, la equidad en el acceso sigue siendo un desafío: en México, Hayer et al. documentaron que la probabilidad ajustada de recibir un control prenatal adecuado fue del 56,07 % en adolescentes de 10 a 14 años, frente al 65,51 % en mujeres de 20 a 24 años (4).

Dentro de este orden de ideas, el presente trabajo se propuso analizar la evidencia sobre el efecto del control prenatal en la prevención de complicaciones obstétricas y las barreras que limitan su acceso.

MÉTODO

Se desarrolló un estudio documental y descriptivo. Para ello, se consultaron PubMed, SciELO y LILACS con los descriptores Atención Prenatal, Complicaciones del Embarazo y Accesibilidad a los Servicios de Salud, en español e inglés, combinados mediante operadores booleanos. Se incluyeron ensayos clínicos, estudios poblacionales, estudios transversales, revisiones sistemáticas y revisiones

de guías con autoría identificable; en cambio, se excluyeron libros de texto, documentos institucionales sin autores, revistas no indexadas o de calidad editorial dudosa y registros cuyos datos no pudieron contrastarse con la fuente original. En consecuencia, el corpus quedó integrado por 16 documentos publicados entre 2005 y 2024, analizados mediante lectura crítica y categorización en tres ejes: efecto del control prenatal, intervenciones preventivas y barreras de acceso.

RESULTADOS

Efecto del control prenatal. A partir de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del Perú (2017 a 2019), Méndez Pajares et al. encontraron que el control prenatal adecuado y de calidad se asoció con las complicaciones obstétricas maternas del periparto y el posparto (5). En Brasil, Vaichulonis et al. evaluaron la atención prenatal según los indicadores del Programa de Humanización del Prenatal y Nacimiento, y evidenciaron la importancia de medir su calidad y no solo el número de consultas (6). Por su parte, en la cohorte mexicana de Hayer et al., la atención prenatal adecuada mitigó parcialmente las disparidades en parto pretérmino y bajo peso al nacer, con el mayor efecto en las adolescentes más jóvenes (4).

Intervenciones preventivas. Ramírez sintetizó intervenciones con respaldo: la suplementación con ácido fólico de 400 a 800 µg diarios reduce los defectos del tubo neural, el tratamiento de la anemia ferropénica disminuye el parto pretérmino y la restricción del crecimiento, y un índice de masa corporal pregestacional superior a 25 kg/m² se asocia con diabetes gestacional e hipertensión (2). En el caso de la preeclampsia, el ensayo de Rolnik et al. demostró que la aspirina en dosis bajas, iniciada en el primer trimestre en gestantes de alto riesgo, reduce la preeclampsia pretérmino (7). Asimismo, el ensayo de Crowther et al. mostró que el tratamiento de la diabetes gestacional con consejo dietético, automonitoreo de glucosa e insulina según necesidad disminuye las complicaciones perinatales graves (8).

Barreras de acceso. Reid et al., en mujeres que iniciaron el control después de las 14 semanas, agruparon las barreras en factores personales (salud mental, desconocimiento del embarazo), condiciones comunitarias (transporte, estigma, apoyo social) y sistema de salud (idioma, demoras, costos) (9). En Ecuador, Cano Montesdeoca y Marrero González reportaron que el 83,01 % de las gestantes inició el control en el primer trimestre y el 56,86 % tuvo entre cuatro y seis consultas; sin embargo, las participantes percibieron barreras como la dificultad para obtener citas, las esperas prolongadas, la consulta breve, el traslado, las dificultades económicas, los quehaceres domésticos y el cuidado de otros hijos (10). En la misma línea, la revisión de Grand-Guillaume-Perrenoud et al. mostró que tanto las características de la usuaria como las del proveedor actúan como barreras o facilitadores en mujeres socialmente desfavorecidas (11). A su vez, en 15 131 mujeres de Estados Unidos, Nidey et al. hallaron que el consumo de sustancias se asoció con mayor probabilidad de control prenatal inadecuado (OR 1,69) (12).

DISCUSIÓN

Así las cosas, la evidencia revisada confirma que el control prenatal no actúa por sí solo, sino como vehículo de intervenciones eficaces (2,7,8). Dicho de otro modo, su efecto depende de que se inicie a tiempo, se cumpla con regularidad y ofrezca contenidos de calidad (5,6). De allí que la brecha observada en adolescentes (4) adquiera especial relevancia: son quienes más se beneficiarían del control y quienes menos acceden a él.

En cuanto a las barreras, los resultados coinciden en que los obstáculos no son solo económicos o geográficos, sino también institucionales y psicosociales (9-11). Cabe destacar el componente de salud mental: en Chile, Coo Calcagni et al. encontraron síntomas ansiosos elevados en el 41,3 % al 44,3 % y síntomas depresivos en el 13,9 % al 20,9 % de las mujeres durante el período perinatal (13), lo que justifica integrar el tamizaje emocional en las consultas. Por otra parte, Vázquez-Nava et al.

analizaron la asociación de la violencia obstétrica, el control prenatal y el embarazo no planeado con la prematuridad (14), hallazgo que advierte que un trato inadecuado puede alejar a las gestantes de los servicios.

Respecto de los modelos de atención, Peahl et al. propusieron reorganizar el control prenatal en cuatro perfiles de necesidades médicas y sociales, con mayor énfasis en la promoción de la salud, las preferencias de la paciente y la individualización del cuidado (15). No obstante, la revisión cualitativa de Konnyu et al. mostró que profesionales y pacientes perciben beneficios, pero también preocupaciones, frente a la reducción de consultas y el uso de la telemedicina (16). Por consiguiente, la flexibilización de la atención debe acompañarse de mecanismos que aseguren la detección oportuna de riesgos clínicos y psicosociales. Entre las limitaciones figuran la naturaleza documental del trabajo, la heterogeneidad en la definición de «control adecuado» y la escasez de estudios ecuatorianos indexados.

CONCLUSIÓN

En síntesis, el control prenatal temprano y de calidad se asocia con menos complicaciones obstétricas y permite aplicar intervenciones de eficacia demostrada, como la aspirina en dosis bajas para la preeclampsia pretérmino, el tratamiento de la diabetes gestacional y la suplementación con ácido fólico. Sin embargo, su efecto se ve limitado por barreras económicas, institucionales y psicosociales, que afectan con mayor intensidad a adolescentes y mujeres socialmente desfavorecidas. A manera de colofón, fortalecer la captación en el primer trimestre, mejorar la calidad y el trato en las consultas e integrar el tamizaje de salud mental son medidas prioritarias para reducir la morbimortalidad materno-fetal.

FINANCIAMIENTO

No monetario.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a UNIANDES.

REFERENCIAS

1. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014;2(6):e323-33. doi:10.1016/S2214-109X(14)70227-X
2. Ramírez SI. Prenatal care: an evidence-based approach. Am Fam Physician. 2023;108(2):139-50. Disponible en: https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2023/0800/prenatal-care.html
3. Boureka E, Tsakiridis I, Kostakis N, Giouleka S, Mamopoulos A, Kalogiannidis I, et al. Antenatal care: a comparative review of guidelines. Obstet Gynecol Surv. 2024;79(5):290-303. doi:10.1097/OGX.0000000000001261
4. Hayer S, Fuentes-Rivera E, Schiavon R, Darney BG. Prenatal care utilization and perinatal outcomes among pregnant adolescents in Mexico, 2008-2019. Int J Gynaecol Obstet. 2024;165(3):1047-55. doi:10.1002/ijgo.15303
5. Méndez Pajares AN, Morales Mautino EJ, Chanduví Puicón W, Arango Ochante PM. Asociación entre el control prenatal y las complicaciones obstétricas maternas periparto y postparto. ENDES 2017 al 2019. Rev Fac Med Hum. 2021;21(4):758-69. doi:10.25176/rfmh.v21i4.3924
6. Vaichulonis CG, Silva RR, Pinto AIA, Cruz IR, Mazzetti AC, Haritsch L, et al. Evaluation of prenatal care according to indicators for the Prenatal and Birth Humanization Program. Rev Bras Saude Mater Infant. 2021;21(2):441-50. doi:10.1590/1806-93042021000200006
7. Rolnik DL, Wright D, Poon LC, O'Gorman N, Syngelaki A, de Paco Matallana C, et al. Aspirin versus placebo in pregnancies at high risk for preterm preeclampsia. N Engl J Med. 2017;377(7):613-22. doi:10.1056/NEJMoa1704559
8. Crowther CA, Hiller JE, Moss JR, McPhee AJ, Jeffries WS, Robinson JS. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. N Engl J Med. 2005;352(24):2477-86. doi:10.1056/NEJMoa042973
9. Reid CN, Fryer K, Cabral N, Marshall J. Health care system barriers and facilitators to early prenatal care among diverse women in Florida. Birth. 2021;48(3):416-27. doi:10.1111/birt.12551
10. Cano Montesdeoca MV, Marrero González D. Percepción de embarazadas sobre las barreras para el acceso al control prenatal. Rev Eugenio Espejo. 2024;18(1):39-57. doi:10.37135/ee.04.19.05
11. Grand-Guillaume-Perrenoud JA, Origlia P, Cignacco E. Barriers and facilitators of maternal healthcare utilisation in the perinatal period among women with social disadvantage: a theory-guided systematic review. Midwifery. 2022;105:103237. doi:10.1016/j.midw.2021.103237
12. Nidey N, Kair LR, Wilder C, Froehlich TE, Weber S, Folger A, et al. Substance use and utilization of prenatal and postpartum care. J Addict Med. 2022;16(1):84-92. doi:10.1097/ADM.0000000000000843
13. Coo Calcagni S, Mira Olivos A, García Valdés MI, Zamudio Berrocal P. Salud mental en madres en el período perinatal. Andes Pediatr. 2021;92(5):724-32. doi:10.32641/andespediatr.v92i5.3519
14. Vázquez-Nava F, Reséndiz-González E, Torres-Bravo A, Aguilera-Joaquín AR, Ortega-Betancourt NV, Vázquez-Rodríguez EM, et al. Asociación de la violencia obstétrica, control prenatal y embarazo no planeado con la prematurez. Perinatol Reprod Hum. 2021;35(2):65-74. doi:10.24875/per.20000011
15. Peahl AF, Gourevitch RA, Luo EM, Fryer KE, Moniz MH, Dalton VK, et al. Right-sizing prenatal care to meet patients' needs and improve maternity care value. Obstet Gynecol. 2020;135(5):1027-37. doi:10.1097/AOG.0000000000003820
16. Konnyu KJ, Danilack VA, Adam GP, Friedman Peahl A, Cao W, Balk EM. Changes to prenatal care visit frequency and telehealth: a systematic review of qualitative evidence. Obstet Gynecol. 2023;141(2):299-323. doi:10.1097/AOG.0000000000005046

Derechos de autor: 2026. Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/