Sanitas
Revista arbitrada de ciencias de la salud
Vol. 4(especial8), 81-88, 2026
DOI: https://doi.org/10.62574/mgx8x423

Importancia del control prenatal en la reducción de complicaciones obstétricas

Importance of prenatal care in reducing obstetric complications

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-Pimbomaza
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

Ana Mariela Velastegui-Vargas
ua.anavv83@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0005-1578-4965

RESUMEN

Objetivo: analizar la evidencia sobre el papel del control prenatal en la reducción de las complicaciones obstétricas. **Método:** revisión narrativa de literatura indexada en PubMed y SciELO; se seleccionaron 15 documentos: revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios de cohorte y transversales latinoamericanos. **Resultados:** la hemorragia (27,1 %), los trastornos hipertensivos (14,0 %) y la sepsis (10,7 %) son las principales causas directas de muerte materna. En Perú, no recibir un control prenatal de calidad se asoció con más complicaciones periparto y posparto. Reducir el número de visitas en países de ingresos bajos y medios aumentó la mortalidad perinatal. La aspirina, el cribado de la glucemia, el ácido fólico y el tratamiento de la bacteriuria asintomática reducen complicaciones específicas. **Conclusión:** el control prenatal reduce las complicaciones cuando es temprano, suficiente y de calidad, y llega a las mujeres con más barreras de acceso.
Descriptores: atención prenatal; complicaciones del embarazo; mortalidad materna. (Fuente, DeCS).

ABSTRACT

Objective: To analyze the evidence on the role of prenatal care in reducing obstetric complications. **Method:** Narrative review of literature indexed in PubMed and SciELO; 15 documents were selected: systematic reviews, clinical trials, cohort studies and Latin American cross-sectional studies. **Results:** Hemorrhage (27.1%), hypertensive disorders (14.0%) and sepsis (10.7%) are the main direct causes of maternal death. In Peru, not receiving quality prenatal care was associated with more peripartum and postpartum complications. Reducing the number of visits in low- and middle-income countries increased perinatal mortality. Aspirin, blood glucose screening, folic acid and treatment of asymptomatic bacteriuria reduce specific complications. **Conclusion:** Prenatal care reduces complications when it is early, sufficient and of good quality, and when it reaches the women who face the greatest barriers to access.
Descriptors: prenatal care; pregnancy complications; maternal mortality. (Source, DeCS).

Recibido: 02/09/2026. Revisado: 04/09/2026. Aprobado: 04/10/2026. Publicado: 20/10/2026.
Artículo de revisión

INTRODUCCIÓN

La atención prenatal es un conjunto de acciones preventivas, diagnósticas y educativas que acompañan a la gestante desde el inicio del embarazo hasta el parto. Su propósito es identificar de forma oportuna los factores de riesgo, prevenir y tratar las complicaciones maternas y fetales y preparar a la mujer para el parto y el puerperio. La relevancia de este objetivo se aprecia en la magnitud de la mortalidad materna: el análisis sistemático de la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaborado por Say et al., con 60 799 muertes maternas de 115 países, atribuyó el 27,1 % de las defunciones a la hemorragia, el 14,0 % a los trastornos hipertensivos, el 10,7 % a la sepsis, el 7,9 % al aborto y el 3,2 % a la embolia, mientras que el 27,5 % correspondió a causas indirectas, es decir, a enfermedades preexistentes agravadas por el embarazo (1).

Buena parte de estas causas puede detectarse o prevenirse durante la gestación. Por ello, en 2016 la OMS publicó un nuevo modelo de atención prenatal orientado a lograr una experiencia positiva del embarazo, con 49 recomendaciones que abarcan intervenciones nutricionales, evaluación materna y fetal, medidas preventivas, atención de síntomas frecuentes e intervenciones de los sistemas de salud. El modelo aumentó el número mínimo de contactos de cuatro a ocho, con el fin de mejorar la seguridad de la atención y la detección de complicaciones (2).

En Ecuador, la cobertura del control prenatal sigue siendo desigual entre territorios. Durante la estrategia nacional de búsqueda activa comunitaria descrita por Calle Roldán et al., los equipos de atención primaria visitaron 460 451 hogares en 20 provincias e identificaron 15 622 embarazadas y 4014 puérperas. El 89 % de las embarazadas había tenido al menos un control prenatal y cerca del 70 % de las puérperas un control posparto; el 29 % de las gestantes presentaba algún factor de riesgo, y las coberturas más bajas se registraron en las provincias amazónicas de Orellana y Sucumbíos (3).

Sin embargo, haber tenido al menos un control no equivale a recibir una atención adecuada. En México, el estudio nacional de Heredia-Pi et al. encontró que, aunque el 98,4 % de las mujeres había tenido al menos una consulta prenatal con personal calificado, solo el 71,5 % recibió una atención adecuada cuando se evaluaron conjuntamente el inicio oportuno, el número de consultas y el contenido de la atención (4).

El objetivo de esta revisión fue analizar la evidencia científica sobre el papel del control prenatal en la reducción de las complicaciones obstétricas, considerando su cobertura y calidad, el número de contactos, las intervenciones específicas que incluye y las barreras que dificultan el acceso de las gestantes.

MÉTODO

Se realizó una revisión narrativa de la literatura. La búsqueda se efectuó en PubMed y SciELO con los términos «prenatal care», «antenatal care», «pregnancy complications», «maternal mortality», «control prenatal», «atención prenatal» y «complicaciones obstétricas», en español, inglés y portugués.

Se incluyeron revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios de cohorte y estudios transversales latinoamericanos sobre la cobertura, la calidad y el contenido del control prenatal y su relación con las complicaciones maternas y perinatales. Se excluyeron los libros y manuales, la literatura gris y los artículos publicados en revistas sin indexación reconocida o con prácticas editoriales dudosas.

Cada documento se verificó en su fuente original (revista, PubMed o SciELO) antes de su inclusión. Se seleccionaron 15 documentos: un análisis sistemático de la OMS, una síntesis de las recomendaciones de la OMS, cuatro revisiones sistemáticas o síntesis de revisiones, un ensayo clínico, un estudio de cohorte multinacional y siete estudios latinoamericanos. Al tratarse de una revisión narrativa, no se realizó un análisis cuantitativo combinado de los resultados.

RESULTADOS

Cobertura y calidad del control prenatal

Los estudios latinoamericanos revisados coinciden en que la cobertura del control prenatal es alta, pero el cumplimiento completo de sus componentes es bajo. En Joinville, Brasil, Vaichulonis et al. evaluaron la atención prenatal de 683 puérperas según los indicadores del Programa de Humanización del Prenatal y Nacimiento: la accesibilidad alcanzó el 99,6 %, el inicio temprano el 92,7 % y la realización de seis o más consultas el 87,1 %, pero solo el 63,5 % completó los exámenes del primer trimestre, el 42,5 % los del tercer trimestre y apenas el 17,7 % cumplió todas las directrices del programa (5).

La calidad de la atención se relaciona con las complicaciones. En Perú, Méndez Pajares et al. analizaron los datos de 41 803 madres de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar de 2017 a 2019. El 21 % presentó complicaciones periparto y el 28,7 % complicaciones posparto; no haber recibido un control prenatal de calidad se asoció con una mayor prevalencia de complicaciones periparto (razón de prevalencia 1,20) y posparto (razón de prevalencia 1,28) (6). La Tabla 1 resume estos estudios.

Número de contactos prenatales

El número de visitas influye en los resultados perinatales, sobre todo donde los recursos son escasos. La revisión Cochrane de Dowswell et al., con siete ensayos y más de 60 000 mujeres, comparó programas con un número reducido de visitas frente al esquema estándar. En los países de ingresos bajos y medios, la reducción de visitas se asoció con un

aumento de la mortalidad perinatal (riesgo relativo 1,15; IC 95 %: 1,01-1,32), y las mujeres de todos los entornos se mostraron menos satisfechas con el esquema reducido (7). Estos resultados respaldaron la decisión de la OMS de aumentar el número mínimo de contactos a ocho (2).

Tabla 1. *Estudios latinoamericanos sobre cobertura y calidad del control prenatal.*

Estudio	País y diseño	Población	Resultado principal
Calle Roldán et al. (3)	Ecuador, búsqueda activa comunitaria	15 622 embarazadas	89 % con al menos un control; 29 % con factores de riesgo; menor cobertura en Orellana y Sucumbíos
Heredia-Pi et al. (4)	México, encuesta nacional	ENSANUT 2012	98,4 % con al menos una consulta calificada; 71,5 % con atención adecuada
Vaichulonis et al. (5)	Brasil, transversal	683 puérperas	87,1 % con seis o más consultas; 17,7 % con todas las directrices cumplidas
Méndez Pajares et al. (6)	Perú, encuesta nacional	41 803 madres	Sin control de calidad: más complicaciones periparto y posparto
Coo Calcagni et al. (13)	Chile, longitudinal	158 mujeres	Ansiedad 44,3 % en el tercer trimestre; depresión 20,9 % a los seis meses posparto

Fuente: elaboración propia (2026) a partir de los estudios citados.

En los países de ingresos altos, la evidencia es distinta. La síntesis de Rogers y Lushbough de las revisiones de la Agency for Healthcare Research and Quality no encontró diferencias en la edad gestacional al nacer, el bajo peso, el ingreso a cuidados intensivos neonatales ni la ansiedad materna entre los esquemas reducidos y los tradicionales. Los modelos híbridos, que combinan visitas presenciales y teleconsultas, no modificaron el parto prematuro (razón de momios 0,93) ni el ingreso a cuidados intensivos neonatales (razón de momios 1,02) y obtuvieron una mayor satisfacción, aunque la certeza de la evidencia fue baja (8).

Intervenciones específicas del control prenatal

El control prenatal reúne intervenciones con efecto demostrado sobre complicaciones concretas. En la prevención de la preeclampsia, el ensayo ASPRE de Rolnik et al. incluyó a 1776 gestantes con alto riesgo identificadas mediante cribado en el primer trimestre; la administración de 150 mg diarios de aspirina desde las 11 a 14 semanas hasta las 36 semanas redujo la preeclampsia pretérmino del 4,3 % al 1,6 % (razón de momios 0,38) (9).

En relación con la hiperglucemia, el estudio multinacional HAPO evaluó a 23 316 gestantes con una prueba de tolerancia oral a 75 g de glucosa entre las 24 y 32 semanas. Se observó una asociación continua, sin un umbral definido, entre la glucemia materna y el peso al nacer superior al percentil 90; las razones de momios por cada desviación estándar fueron 1,38 para la glucemia en ayunas, 1,46 a la hora y 1,38 a las dos horas (10).

La suplementación periconcepcional con ácido fólico también forma parte de la atención preconcepcional y prenatal temprana. La revisión Cochrane de De-Regil et al., con cinco

ensayos y 7391 mujeres, mostró que el ácido fólico, solo o con otras vitaminas y minerales, reduce los defectos del tubo neural (riesgo relativo 0,31; IC 95 %: 0,17-0,58) (11). Por su parte, la revisión Cochrane de Smaill y Vazquez, con 15 estudios y más de 2000 mujeres, mostró que el tratamiento antibiótico de la bacteriuria asintomática reduce la pielonefritis (riesgo relativo 0,24; IC 95 %: 0,13-0,41), el bajo peso al nacer (riesgo relativo 0,64) y el parto prematuro (riesgo relativo 0,34), aunque con una certeza baja de la evidencia (12). La Tabla 2 resume estas intervenciones.

Tabla 2. *Intervenciones del control prenatal y su efecto sobre las complicaciones.*

Estudio	Intervención	Población	Efecto principal
Dowswell et al. (7)	Esquema reducido de visitas	Siete ensayos, más de 60 000 mujeres	Mayor mortalidad perinatal en países de ingresos bajos y medios (RR 1,15)
Rogers y Lushbough (8)	Esquema reducido e híbrido con teleconsultas	Síntesis de revisiones	Sin diferencias en resultados neonatales; mayor satisfacción con teleconsultas
Rolnik et al. (9)	Aspirina 150 mg en gestantes de alto riesgo	1776 gestantes	Preeclampsia pretérmino 1,6 % frente a 4,3 % (OR 0,38)
HAPO (10)	Prueba de tolerancia oral a la glucosa	23 316 gestantes	Asociación continua entre glucemia y peso al nacer superior al percentil 90
De-Regil et al. (11)	Ácido fólico periconcepcional	Cinco ensayos, 7391 mujeres	Menos defectos del tubo neural (RR 0,31)
Smaill y Vazquez (12)	Antibióticos en bacteriuria asintomática	15 estudios, más de 2000 mujeres	Menos pielonefritis (RR 0,24) y bajo peso al nacer (RR 0,64)

Fuente: elaboración propia (2026) a partir de los estudios citados. OR: razón de momios; RR: riesgo relativo.

Salud mental y factores psicosociales

El control prenatal también es una oportunidad para detectar problemas de salud mental. En Chile, Coo Calcagni et al. siguieron a 158 mujeres desde el embarazo hasta el posparto: el 44,3 % presentó síntomas de ansiedad en el tercer trimestre, el 13,9 % síntomas depresivos en el mismo período y el 20,9 % a los seis meses posparto, pero pocas recibían tratamiento (13).

Los factores psicosociales y la calidad del trato influyen además en los resultados perinatales. En México, Vázquez-Nava et al. analizaron la asociación de la violencia obstétrica, el control prenatal y el embarazo no planeado con la prematurez, y destacaron que el trato recibido durante la atención y la planificación del embarazo deben considerarse junto con el número de consultas (14).

Barreras y facilitadores del acceso

La revisión sistemática de Grand-Guillaume-Perrenoud et al., guiada por el marco de acceso de Levesque, analizó 37 estudios sobre mujeres en situación de desventaja social. Entre las barreras del lado de las usuarias se encontraron el reconocimiento tardío del embarazo y el embarazo no planificado; entre los facilitadores del lado de los servicios, la

información clara y las relaciones de confianza con los profesionales, que pueden compensar parte de esas barreras. Los autores concluyeron que los servicios deben buscar activamente a estas mujeres en lugar de esperar a que acudan (15).

DISCUSIÓN

Los resultados de esta revisión muestran que el efecto del control prenatal sobre las complicaciones obstétricas depende menos de que la gestante tenga alguna consulta que de que la atención sea temprana, suficiente y completa. En México y Brasil, casi todas las mujeres tuvieron contacto con los servicios, pero la proporción que recibió todos los componentes de la atención fue mucho menor (4,5). En Perú, precisamente la falta de un control de calidad se asoció con más complicaciones periparto y posparto (6). En Ecuador, la búsqueda activa comunitaria mostró una cobertura alta del primer control, pero con diferencias territoriales y una proporción importante de gestantes con factores de riesgo (3).

El número de contactos es relevante sobre todo en los entornos con menos recursos. La mayor mortalidad perinatal observada con los esquemas reducidos en los países de ingresos bajos y medios (7) contrasta con la ausencia de diferencias en los países de ingresos altos (8). Esta diferencia sugiere que, donde los servicios son limitados, cada contacto es una oportunidad que no se recupera para identificar complicaciones, y respalda el modelo de ocho contactos de la OMS (2).

El inicio temprano es una condición para varias de las intervenciones con mayor efecto. El cribado del riesgo de preeclampsia y la administración de aspirina deben comenzar en el primer trimestre (9), y la suplementación con ácido fólico es más eficaz cuando se inicia antes de la concepción (11). El cribado de la diabetes gestacional (10) y de la bacteriuria asintomática (12) requiere además que la gestante acuda en los momentos indicados y que los resultados se revisen y traten. Por ello, un control que comienza tarde o que no incluye los exámenes recomendados pierde parte de su capacidad preventiva.

Las principales causas de muerte materna, como la hemorragia, los trastornos hipertensivos y la sepsis (1), tienen factores de riesgo que pueden identificarse durante el embarazo. Sin embargo, la atención no debe limitarse a los aspectos biomédicos: la alta frecuencia de ansiedad y depresión perinatal (13), el trato recibido en los servicios y el embarazo no planeado (14) también condicionan los resultados. Las barreras de acceso afectan sobre todo a las mujeres en desventaja social, y los servicios pueden compensarlas con información, confianza y búsqueda activa (15), una estrategia que Ecuador ya ha aplicado a escala nacional (3).

Esta revisión tiene limitaciones. Al ser narrativa, la selección de los estudios puede no ser exhaustiva y no se combinaron cuantitativamente los resultados. Además, los estudios latinoamericanos son observacionales y no permiten establecer relaciones causales.

CONCLUSIONES

El control prenatal contribuye a reducir las complicaciones obstétricas cuando se inicia de forma temprana, cuenta con un número suficiente de contactos e incluye las intervenciones con eficacia demostrada, como el cribado del riesgo de preeclampsia con aspirina en las gestantes de alto riesgo, el cribado de la diabetes gestacional, la suplementación con ácido fólico y el tratamiento de la bacteriuria asintomática.

En América Latina, la cobertura del primer control es alta, pero la calidad y la integralidad de la atención son insuficientes, y la falta de un control de calidad se asocia con más complicaciones. Para mejorar los resultados maternos y perinatales en Ecuador se recomienda reforzar la captación temprana de las gestantes, cumplir el modelo de contactos de la OMS, incorporar el cribado de la salud mental y mantener la búsqueda activa comunitaria en los territorios con menor cobertura.

FINANCIAMIENTO

No monetario.

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Regional Autónoma de los Andes (UNIANDES), por el apoyo brindado al desarrollo de esta investigación.

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.
2. Tunçalp Ö, Pena-Rosas JP, Lawrie T, Bucagu M, Oladapo OT, Portela A, et al. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience-going beyond survival. BJOG. 2017;124(6):860-2.
3. Calle Roldán J, Acuña C, Ríos P. Active community case-finding for uptake of pregnant and postpartum women in Ecuador. Rev Panam Salud Publica. 2017;41:e53.
4. Heredia-Pi I, Servan-Mori E, Darney BG, Reyes-Morales H, Lozano R. Measuring the adequacy of antenatal health care: a national cross-sectional study in Mexico. Bull World Health Organ. 2016;94(6):452-61.
5. 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.

6. 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):736-47.
7. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, et al. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(7):CD000934.
8. Rogers TS, Lushbough B. Schedule of visits and televisits for routine antenatal care. Am Fam Physician. 2023;107(2):187-90.
9. Rolnik DL, Wright D, Poon LC, et al. Aspirin versus placebo in pregnancies at high risk for preterm preeclampsia. N Engl J Med. 2017;377(7):613-22.
10. HAPO Study Cooperative Research Group; Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, et al. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. N Engl J Med. 2008;358(19):1991-2002.
11. De-Regil LM, Peña-Rosas JP, Fernández-Gaxiola AC, et al. Effects and safety of periconceptional oral folate supplementation for preventing birth defects. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(12):CD007950.
12. Smaill FM, Vazquez JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2019;2019(11):CD000490.
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.
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.
15. Grand-Guillaume-Perrenoud JA, Origlia Ikhilor P, Cignacco Müller 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.

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/