



**“CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL PRENATAL:
REVISIÓN DE LA LITERATURA”**

**Trabajo de Titulación Previo a la Obtención del Título
de Técnico Superior en Enfermería**

Autora:

LIZBETH ELIZABETH ATACUSHI VARGAS

Tutora:

LIC: YEISY KARINA CONTRERAS PABON

RIOBAMBA, 2026



Yo, Lizbeth Elizabeth Atacushi Vargas, autora de la presente investigación, con cédula de ciudadanía N° 0605096825, libre y voluntariamente declaro que el trabajo de titulación: “Calidad del cuidado de enfermería en el control prenatal: Revisión de la Literatura”; es de mi plena autoría, original y no es producto de plagio o copia alguna, constituyéndose en documento único, de acuerdo con los principios de la investigación científica. El patrimonio intelectual del trabajo investigativo pertenece al Instituto Superior Tecnológico Dr. Misael Acosta Solís.

Es todo cuanto puedo decir en honor a la verdad.

Riobamba, 24 de junio de 2026

Lizbeth Elizabeth Atacushi Vargas

C.C. 0605096825



ACTA DE EVALUACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Riobamba, ____ de _____ de _____

Yo, Lic. Yeisy Contreras, en mi calidad de tutora, certifico que la estudiante Lizbeth Elizabeth Atacushi Vargas del año lectivo Febrero 2026-Julio 2026, ha trabajado conmigo en el desarrollo del Trabajo de Titulación: “Calidad del cuidado de enfermería en el control prenatal :Revisión de la Literatura”, certifico que el mencionado trabajo cumple con todos los requisitos legales y tecnológicos; en virtud de ello le asigno la calificación de ____/10, con ____% de plagio, revisado a través del sistema de anti plagio que maneja la institución, particular que pongo a consideración para los fines pertinentes.

Atentamente,

CI: 0962474961

Yeisy Contreras



ACTA DE EVALUACIÓN

Riobamba, ____ de _____ de ____.

El tribunal de Evaluación del Trabajo de Titulación, previa la obtención del título de
TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÍA

POR CONSENSO ADJUNTA LA CALIFICACIÓN DE:

.....

**Al Trabajo de Titulación: “CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERIA EN EL
CONTROL PRENATAL: REVISION DE LA LITERATURA”**

AUTORA: LIZBETH ELIZABETH ATACUSHI VARGAS

TUTORA: YEISY KARINA CONTRERAS PABON

Código de proyecto N.º

Por el TRIBUNAL.

f.....

Por el DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN.

f.....

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a Dios, por ser mi guía, mi fortaleza y mi refugio en cada etapa de mi vida. Gracias por darme la sabiduría, la salud y la perseverancia necesarias para superar cada obstáculo y permitirme alcanzar esta importante meta profesional.

A mi madre, gracias por tu amor infinito, por cada sacrificio realizado con el único propósito de verme salir adelante, por tus enseñanzas, por inculcarme valores que hoy forman parte de mi vida y por demostrarme que el esfuerzo, la honestidad y la perseverancia siempre tienen recompensa. Has sido mi mayor ejemplo de lucha, valentía y dedicación a mis queridos hermanos, quienes han sido una fuente constante de apoyo, cariño y motivación. Su compañía y afecto hicieron este camino mucho más llevadero. A mi hijo, el regalo más maravilloso que la vida me ha dado y la razón más grande de mi esfuerzo desde el momento en que llegaste a mi vida, te convertiste en mi mayor inspiración y en la fuerza que me impulsó a seguir adelante incluso cuando el cansancio y las dificultades parecían vencerme.

A mi pareja, gracias por ser mi compañero de vida, mi apoyo incondicional y la persona que siempre creyó en mí, incluso cuando yo dudaba de mis propias fuerzas, por comprender mis ausencias, por escucharme en los momentos de frustración y por celebrar conmigo cada pequeño avance.

Este trabajo de titulación representa mucho más que la culminación de una etapa académica; simboliza esfuerzo, sacrificio, aprendizaje, constancia y esperanza. Detrás de cada logro existen personas que, con su amor y apoyo, hacen posible que los sueños se conviertan en realidad. Por ello, dedico este trabajo a quienes caminaron a mi lado, me sostuvieron en los momentos difíciles y celebraron conmigo cada avance.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, expreso mi profundo agradecimiento a mi tutor, por su valiosa orientación, paciencia, compromiso y dedicación durante el desarrollo de esta investigación. Gracias por compartir sus conocimientos, por sus acertadas observaciones, por el tiempo dedicado a la revisión de este trabajo y por motivarme constantemente a dar lo mejor de mí.

En especial, agradezco a mi madre, por sus sacrificios, sus consejos, su fortaleza y por enseñarme que el esfuerzo y la perseverancia son el camino para alcanzar los sueños.

A mi hijo, quien ha sido mi mayor inspiración y la razón que me impulsa a superarme cada día. Gracias por ser la luz que ilumina mi camino y la motivación para seguir luchando por un mejor futuro a mis ángeles del cielo que desde allí me bendicen cada paso que doy en el transcurso de mi vida un amor infinito a mi abuelito Luis Vargas quien es mi motivo de seguir luchando.

Finalmente, agradezco a todas las personas que, de una u otra manera, contribuyeron al desarrollo de esta investigación y estuvieron presentes durante este importante proceso.

A todos ustedes, les expreso mi más profunda gratitud. Este logro también les pertenece, porque sin su apoyo, confianza y amor, no habría sido posible culminar con éxito esta etapa tan importante de mi vida.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ACTA DE EVALUACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	III
ACTA DE EVALUACIÓN	IV
DEDICATORIA	VI
AGRADECIMIENTO.....	VII
ÍNDICE DE CONTENIDOS	VIII
ÍNDICE DE TABLAS	X
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XI
ÍNDICE DE ANEXOS.....	XII
1. RESUMEN.....	XIII
2. PALABRAS CLAVE.....	XIII
3. ABSTRACT	XIV
4. KEYWORDS	XIV
5. INTRODUCCIÓN	1
6. MATERIALES Y MÉTODOS	4
6.1 Diseño del estudio	4
6.2 Estrategia de búsqueda.....	4
6.3 Ecuaciones de búsqueda.....	4
6.4 Criterios de inclusión y exclusión	5
6.5 Proceso de selección de artículos.....	5
6.6 Evaluación de calidad metodológica.....	8
6.7 Métodos de análisis.....	8

6.8 Organización de la información extraída	8
7. RESULTADOS	10
7.1 Cuidado prenatal centrado en la persona	12
7.2 Intervenciones educativas de enfermería	12
7.3 Identificación temprana de riesgos y signos de alarma.....	12
7.4 Continuidad, relación terapéutica y humanización	13
7.5 Salud digital y seguimiento de la adherencia	13
7.6 Barreras para el control prenatal	14
7.7 Aplicación del proceso enfermero en el control prenatal.....	15
7.8 Educación nutricional, autocuidado y prevención de complicaciones.....	15
7.9 Coordinación interprofesional y seguimiento comunitario	16
8. DISCUSIÓN	17
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	20
9.1 Conclusiones	20
9.2 Recomendaciones.....	20
10. CONSIDERACIONES ÉTICAS	22
11. BIBLIOGRAFÍA.....	23
12. ANEXOS.....	27
ANEXO 1: MATRIZ AMPLIADA DE EXTRACCIÓN DE INFORMACIÓN.....	27
ANEXO 2: LISTA DE CHEQUEO PARA EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL PRENATAL	28
ANEXO 3: GLOSARIO DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	29
ANEXO 4: GUÍA BREVE DE CONSEJERÍA PRENATAL PARA ENFERMERÍA ..	30

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estructura PICO de la revisión.....	4
Tabla 2. Ecuaciones de búsqueda empleadas.....	4
Tabla 3. Registro del proceso de selección según PRISMA 2020	5
Tabla 4. Matriz de evidencia incluida.....	10
Tabla 5. Categorías de síntesis y aportes al cuidado de enfermería.....	14
Tabla 6. Plan de cuidado de enfermería según trimestre gestacional.....	16

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama PRISMA 2020 del proceso de selección de fuentes	7
--	---

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Matriz ampliada de extracción de información	27
Anexo 2. Lista de chequeo para el cuidado de enfermería en el control prenatal	28 bm anexo 2
Anexo 3. Glosario de términos básicos	29
Anexo 4. Guía breve de consejería prenatal para enfermería	30
Anexo 4. Antiplagio	31

1. RESUMEN

El control prenatal constituye una estrategia esencial para proteger la salud materna y fetal, prevenir complicaciones y promover una experiencia positiva del embarazo. El objetivo de este artículo fue analizar, mediante revisión de literatura, el aporte del cuidado de enfermería en el control prenatal. Se realizó una revisión descriptiva con búsqueda en fuentes científicas y normativas publicadas entre 2016 y 2026, priorizando guías clínicas, revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios cualitativos relacionados con atención prenatal, educación en salud, continuidad del cuidado, adherencia y enfoque centrado en la persona. La información fue organizada mediante síntesis narrativa y categorías temáticas. Los hallazgos evidencian que el cuidado de enfermería fortalece el control prenatal a través de valoración integral, educación para la salud, identificación temprana de signos de alarma, apoyo psicoemocional, promoción de hábitos saludables, seguimiento de la asistencia y coordinación con otros niveles de atención. La literatura destaca que las intervenciones educativas lideradas por enfermería mejoran la autoeficacia materna y que las herramientas digitales pueden favorecer la asistencia a controles, aunque requieren adaptación al contexto y acompañamiento profesional. Se concluye que enfermería cumple un rol estratégico en la humanización, continuidad, oportunidad y calidad del control prenatal, especialmente en gestantes con vulnerabilidad social o barreras de acceso. Se recomienda fortalecer protocolos, registros, consejería individualizada y seguimiento comunitario para mejorar resultados materno-perinatales.

2. PALABRAS CLAVE: cuidado de enfermería; control prenatal; embarazo; educación prenatal; salud materna; revisión de literatura.

3. ABSTRACT

Prenatal care is an essential strategy to protect maternal and fetal health, prevent complications, and promote a positive pregnancy experience. The objective of this article was to analyze, through a literature review, the contribution of nursing care to prenatal control. A descriptive review was carried out using scientific and normative sources published between 2016 and 2026, prioritizing clinical guidelines, systematic reviews, meta-analyses, and qualitative studies related to antenatal care, health education, continuity of care, adherence, and person-centered care. Information was organized through narrative synthesis and thematic categories. Findings show that nursing care strengthens prenatal control through comprehensive assessment, health education, early identification of warning signs, psycho-emotional support, promotion of healthy habits, follow-up of attendance, and coordination with other levels of care. The literature highlights that nurse-led educational interventions improve maternal self-efficacy and that digital tools may increase attendance at prenatal visits, although they require contextual adaptation and professional support. It is concluded that nursing has a strategic role in the humanization, continuity, timeliness, and quality of prenatal care, especially among pregnant women with social vulnerability or access barriers. Strengthening protocols, records, individualized counseling, and community follow-up is recommended to improve maternal and perinatal outcomes.

4. KEYWORDS: nursing care; prenatal care; pregnancy; antenatal education; maternal health; literature review.

5. INTRODUCCIÓN

La salud materna continúa siendo una prioridad para los sistemas sanitarios por su impacto directo en la vida de la mujer, el recién nacido, la familia y la comunidad. La Organización Mundial de la Salud estima que en 2023 murieron alrededor de 260.000 mujeres durante el embarazo, parto o puerperio, y que la mayoría de estas muertes pudieron prevenirse con atención oportuna y de calidad (1). En este contexto, el control prenatal no debe limitarse al cumplimiento de consultas, sino que debe entenderse como un proceso integral de vigilancia, acompañamiento, educación y detección temprana de riesgos.

La OMS recomienda un modelo de atención prenatal orientado a una experiencia positiva del embarazo, con un mínimo de ocho contactos para reducir la mortalidad perinatal y mejorar la experiencia de las mujeres (2,3). Esta recomendación resalta la importancia de la continuidad, la comunicación efectiva, el respeto, la atención centrada en la persona y la aplicación de intervenciones clínicas oportunas. En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública cuenta con una Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal que reúne recomendaciones científicas para asistir a los profesionales del Sistema Nacional de Salud en el diagnóstico, atención y seguimiento de la gestante (4).

El cuidado de enfermería posee un valor estratégico dentro del control prenatal porque combina competencias clínicas, educativas, comunicacionales y comunitarias. La enfermera valora signos vitales y signos de alarma, identifica factores de riesgo, orienta sobre nutrición y actividad física, promueve suplementación y vacunación según normativa, fortalece el autocuidado y coordina la referencia cuando se detectan condiciones que requieren manejo especializado. Además, el contacto frecuente con la gestante permite construir una relación terapéutica basada en confianza, respeto y escucha activa.

El problema que motiva esta revisión es que, aunque el control prenatal está ampliamente reconocido como una intervención esencial, persisten barreras de acceso, discontinuidad, baja adherencia, escasa educación sanitaria, registros incompletos y experiencias de atención poco humanizadas. La literatura muestra que la experiencia de las mujeres, en especial en contextos de vulnerabilidad, está influida por la calidad de la relación con el personal de enfermería, la consideración de sus necesidades y la organización del servicio (5,6). Por ello,

analizar el cuidado de enfermería en el control prenatal permite identificar acciones que fortalezcan la calidad y la oportunidad de la atención.

Desde el punto de vista teórico, el control prenatal integra elementos de promoción de la salud, prevención de complicaciones, vigilancia clínica y continuidad asistencial. El rol de enfermería se fundamenta en el proceso enfermero, la educación para el autocuidado, la comunicación terapéutica y la atención centrada en la persona. Estas dimensiones permiten que la gestante participe activamente en decisiones sobre su salud, reconozca signos de alarma, acuda oportunamente a controles y adopte conductas protectoras para sí misma y para el feto.

La justificación de este artículo radica en la necesidad de fortalecer la práctica de enfermería basada en evidencia en los servicios de atención prenatal. La revisión de literatura ofrece un panorama actualizado sobre intervenciones educativas, continuidad del cuidado, tecnologías móviles, barreras de acceso y experiencias de mujeres embarazadas. Estos insumos pueden orientar la formación técnica en enfermería, la planificación de actividades en primer nivel de atención y la mejora de protocolos institucionales.

El objetivo general fue analizar el aporte del cuidado de enfermería en el control prenatal mediante revisión de la literatura científica y normativa. Los objetivos específicos fueron: identificar las principales intervenciones de enfermería en el control prenatal; describir la evidencia sobre educación prenatal, adherencia y continuidad del cuidado; reconocer barreras que afectan la utilización de los servicios; y proponer recomendaciones para fortalecer la calidad del cuidado enfermero en gestantes.

La atención prenatal temprana representa una oportunidad para establecer una línea base del estado de salud de la gestante. En la primera consulta, enfermería puede reconocer antecedentes obstétricos, enfermedades crónicas, uso de medicamentos, estado nutricional, condiciones familiares y señales de vulnerabilidad social. Esta valoración inicial permite diferenciar a las gestantes que requieren controles habituales de aquellas que necesitan seguimiento reforzado, referencia o acompañamiento comunitario. Por ello, la consulta prenatal no debe verse como un procedimiento aislado, sino como un proceso continuo de evaluación, educación y toma de decisiones compartidas (2,4).

Otro aspecto relevante es la educación para la salud durante todo el embarazo. La información sobre alimentación, descanso, actividad física, lactancia, vacunación, suplementación y signos de alarma debe proporcionarse de forma gradual, evitando saturar a la mujer con instrucciones difíciles de recordar. La evidencia sugiere que las intervenciones educativas tienen mejores resultados cuando se adaptan al nivel de comprensión de la gestante, incluyen participación activa y se refuerzan en diferentes contactos (15). En ese sentido, enfermería tiene la responsabilidad de transformar la información técnica en mensajes claros y aplicables a la vida cotidiana.

La revisión también se justifica por la necesidad de visibilizar el componente humanizado del cuidado. Las mujeres no solo valoran la disponibilidad de exámenes o medicamentos, sino también la manera en que son recibidas, escuchadas, orientadas y acompañadas. Cuando el personal de enfermería explica los procedimientos, respeta la privacidad y evita juicios, la gestante tiende a confiar más en el servicio y a mantener la asistencia a los controles. Por el contrario, la comunicación deficiente, la falta de empatía y la fragmentación del servicio pueden convertirse en barreras de continuidad (5,6).

6. MATERIALES Y MÉTODOS

6.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Se desarrolló una revisión de literatura de tipo descriptivo, con enfoque narrativo y organización temática de la evidencia. Este diseño permitió integrar documentos normativos, revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios cualitativos relacionados con el cuidado de enfermería en el control prenatal. La revisión no tuvo como finalidad calcular un efecto combinado mediante metaanálisis, sino sintetizar hallazgos relevantes para la práctica de enfermería.

6.2 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

La búsqueda bibliográfica se orientó a fuentes publicadas entre 2016 y 2026. Se consultaron bases de datos y repositorios científicos como PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS, Cochrane Library, BMC, JMIR, así como documentos normativos de la OMS y del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Se utilizaron términos en español e inglés relacionados con control prenatal, cuidado de enfermería, educación prenatal, atención centrada en la persona, salud materna, adherencia y tecnologías móviles.

Tabla 1. Estructura PICO de la revisión.

Componente	Descripción aplicada en la revisión
Población / problema	Mujeres embarazadas que acuden o requieren control prenatal; énfasis en gestantes con barreras de acceso o vulnerabilidad social.
Intervención	Cuidado de enfermería: valoración, educación, consejería, identificación de riesgos, seguimiento, apoyo emocional y coordinación de referencia.
Comparación	Atención prenatal convencional o ausencia de intervención educativa/seguimiento; en estudios cualitativos no aplica comparación formal.
Resultados	Adherencia al control prenatal, autoeficacia materna, satisfacción, experiencia positiva, reconocimiento de signos de alarma y continuidad del cuidado.
Fuente: elaboración propia.	

6.3 ECUACIONES DE BÚSQUEDA

Tabla 2. Ecuaciones de búsqueda empleadas.

Base/fuente	Ecuación o palabras clave
-------------	---------------------------

PubMed/MEDLINE	antenatal care AND nursing care AND pregnant women; prenatal care AND nurse-led education; pregnancy AND mHealth AND antenatal care
SciELO/LILACS	control prenatal AND enfermería; cuidado de enfermería AND embarazo; educación prenatal AND gestantes
Cochrane Library	antenatal care; group antenatal care; continuity of midwifery care
OMS / MSP Ecuador	antenatal care recommendations; control prenatal guía práctica clínica; salud materna embarazo
Fuente: elaboración propia a partir de las ecuaciones de búsqueda planteadas para PubMed/MEDLINE, SciELO/LILACS, Cochrane Library, OMS y MSP Ecuador.	

6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se incluyeron documentos publicados entre 2016 y 2026, en español o inglés, relacionados con control prenatal, atención prenatal, cuidado de enfermería, educación de gestantes, continuidad del cuidado, adherencia, salud digital, barreras de acceso y experiencias de mujeres embarazadas. Se priorizaron guías clínicas, revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios cualitativos y documentos técnicos institucionales. Se excluyeron publicaciones duplicadas, cartas al editor sin revisión, estudios centrados exclusivamente en parto o puerperio sin relación con control prenatal, y fuentes sin acceso a información metodológica mínima.

6.5 PROCESO DE SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

La selección de fuentes se organizó de acuerdo con las fases del método PRISMA 2020: identificación, cribado, elegibilidad e inclusión. Inicialmente se identificaron 96 registros en bases de datos científicas, repositorios y fuentes normativas. Después de eliminar 18 duplicados, se revisaron 78 registros por título y resumen; de ellos se excluyeron 45 por no cumplir el enfoque de control prenatal y cuidado de enfermería. Posteriormente se evaluaron 33 textos completos y se excluyeron 15 por criterios metodológicos, falta de pertinencia o no ajustarse al periodo e idioma definidos. Finalmente, 18 fuentes fueron incluidas para la síntesis narrativa del artículo.

Tabla 3. Registro del proceso de selección según PRISMA 2020.

Fase PRISMA	Criterio aplicado	N.º de registros/fuentes
-------------	-------------------	--------------------------

Identificación	Registros localizados en bases de datos científicas: PubMed/MEDLINE, SciELO/LILACS, Cochrane Library, BMC y JMIR.	90
Identificación	Documentos normativos y fuentes institucionales localizadas: OMS, MSP Ecuador y UNICEF.	6
Total identificado	Suma inicial antes de depuración.	96
Duplicados	Registros repetidos eliminados antes del cribado.	18
Cribado	Registros revisados por título y resumen.	78
Exclusión en cribado	Registros excluidos por no tratar control prenatal, cuidado de enfermería o salud materna relacionada.	45
Elegibilidad	Textos completos evaluados mediante criterios de inclusión y exclusión.	33
Exclusión de texto completo	Textos excluidos por baja pertinencia, población/etapa no relacionada, metodología insuficiente, fecha o idioma no aceptado.	15
Inclusión	Fuentes incluidas en la síntesis narrativa final.	18
Fuente: elaboración propia con base en la declaración PRISMA 2020 (7).		

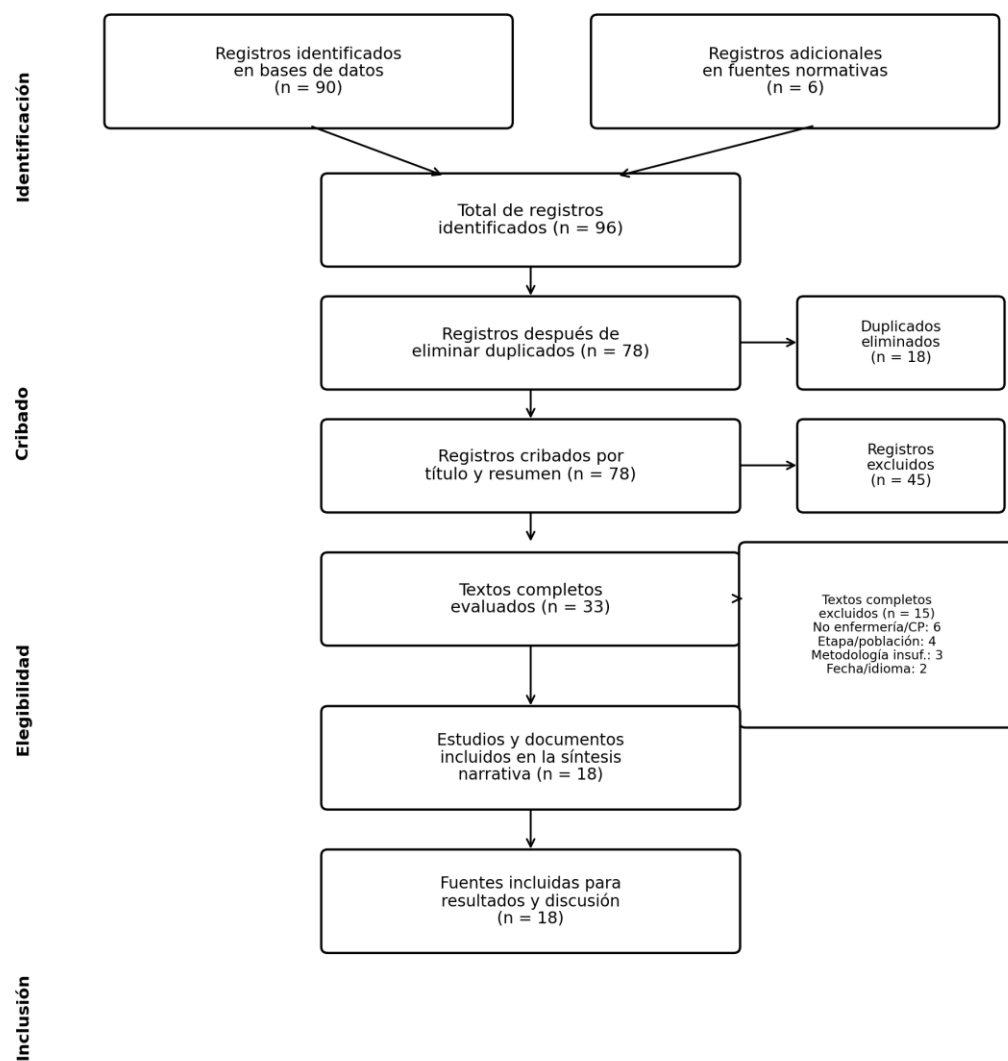


Figura 1. Diagrama PRISMA 2020 del proceso de selección de fuentes para la revisión de literatura.

Fuente: elaboración propia con base en la declaración PRISMA 2020 (7).

6.6 EVALUACIÓN DE CALIDAD METODOLÓGICA

Para valorar la pertinencia metodológica se consideraron orientaciones de PRISMA 2020 para revisiones (7), STROBE para estudios observacionales (8) y CASPe para estudios cualitativos (9). En los metaanálisis se revisó la claridad de la pregunta, estrategia de búsqueda, selección de estudios, evaluación del riesgo de sesgo y coherencia de las conclusiones. En estudios cualitativos se valoró la congruencia entre objetivo, diseño, participantes, recolección de datos, análisis y aplicabilidad a la práctica enfermera.

6.7 MÉTODOS DE ANÁLISIS

La información fue organizada mediante síntesis narrativa. Se extrajeron datos de autor, año, país o alcance, diseño, población, intervención o fenómeno estudiado, hallazgos principales y aporte para el cuidado de enfermería. Posteriormente se elaboraron categorías temáticas para integrar los resultados y formular recomendaciones orientadas a la práctica clínica y comunitaria.

6.8 ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN EXTRAÍDA

Para ampliar la utilidad académica de la revisión, la información extraída de cada fuente se organizó en una matriz de análisis que incluyó: autor, año, país o alcance, tipo de documento, población estudiada, intervención o fenómeno de interés, principales hallazgos y aporte para la práctica de enfermería. Esta organización permitió comparar estudios de diferente diseño sin perder el enfoque central del artículo: el cuidado enfermero en el control prenatal.

La síntesis se realizó por categorías y no por resultados estadísticos combinados. Esta decisión se tomó porque las fuentes incluidas presentan heterogeneidad en diseños, poblaciones, contextos y desenlaces. En consecuencia, se priorizó identificar patrones comunes: educación prenatal, continuidad del cuidado, humanización, detección de riesgos, adherencia, salud digital, barreras de acceso y coordinación interprofesional.

Durante la revisión se procuró distinguir entre intervenciones directamente ejecutadas por enfermería e intervenciones del equipo de salud en las que enfermería participa de manera colaborativa. Esta diferenciación es importante porque el cuidado prenatal es

interprofesional, pero muchas acciones de seguimiento, consejería, registro, captación y educación recaen de forma directa en el personal de enfermería.

7. RESULTADOS

La evidencia revisada muestra que el cuidado de enfermería en el control prenatal se estructura alrededor de acciones clínicas, educativas, psicosociales y de gestión del cuidado. Aunque las fuentes varían en diseño y contexto, existe coincidencia en que la calidad del control prenatal depende tanto de la detección temprana de riesgos como de la relación de confianza que se establece con la gestante.

Tabla 4. Matriz de evidencia incluida.

Referencia	Diseño/fuente	Población o alcance	Hallazgos principales	Aporte para enfermería
OMS, 2016/2022 (2,3)	Guía internacional	Modelo de atención prenatal positiva	Recomienda atención centrada en la persona, ocho contactos, consejería, prevención y evaluación materno-fetal.	Base para organizar controles, educación y seguimiento enfermero.
MSP Ecuador, 2015 (4)	Guía práctica clínica	Control prenatal en Ecuador	Integra recomendaciones para diagnóstico, atención y seguimiento de gestantes en el Sistema Nacional de Salud.	Orienta actividades prioritarias, referencia y registro clínico.
Mishra et al., 2023 (10)	Revisión sistemática y metaanálisis	mHealth en gestantes de países de ingresos bajos y medios	Las gestantes que usaron intervenciones móviles tuvieron mayor probabilidad de asistir a controles prenatales.	Apoya recordatorios y seguimiento digital supervisado por enfermería.
Rahman et al., 2022 (11)	Revisión sistemática y metaanálisis	mHealth, controles prenatales y atención del parto	Las intervenciones móviles mejoraron uso de cuatro o más controles y atención calificada del parto en algunos contextos.	Favorece educación y comunicación bidireccional con gestantes.
Esopo et al., 2020 (12)	Revisión sistemática	Adherencia a control prenatal y postnatal	La evidencia sobre intervenciones para adherencia es limitada; algunas estrategias	Necesidad de seguimiento individualizado y acciones sobre barreras.

			conductuales muestran efecto.	
Hudon et al., 2022 (5)	Síntesis temática cualitativa	Experiencia de atención prenatal de mujeres vulnerables	La relación enfermera-gestante, información adecuada y continuidad influyen en el uso de servicios.	Refuerza enfoque humanizado y centrado en necesidades.
Hudon et al., 2023 (6)	Estudio cualitativo	Mujeres embarazadas en contextos de vulnerabilidad	La experiencia depende del abordaje de la enfermera, organización de servicios y respuesta a necesidades familiares.	Guía la práctica con enfoque de equidad y empoderamiento.
Sandall et al., 2024 (13)	Revisión Cochrane	Continuidad de cuidado por matronas	La continuidad se asocia con experiencias más positivas y posibles beneficios obstétricos.	Aporta principios de continuidad aplicables a enfermería prenatal.
Catling et al., 2015 (14)	Revisión Cochrane	Cuidado prenatal grupal vs convencional	El cuidado grupal parece aceptable y sin resultados adversos, aunque requiere más evidencia.	Opción educativa complementaria para consejería prenatal.
Mohammed et al., 2025 (15)	Metaanálisis	Educación prenatal liderada por enfermería	La educación liderada por enfermería mejora la autoeficacia materna para el parto.	Sustenta sesiones educativas estructuradas.
Mohseni et al., 2023 (16)	Revisión cualitativa	Barreras del sistema para atención prenatal en países de ingresos bajos y medios	Identifica barreras organizacionales, económicas, geográficas y de calidad percibida.	Orientación para búsqueda activa y referencia oportuna.
Knop et al., 2024 (17)	Revisión sistemática	mHealth durante los primeros 1000 días	Las intervenciones móviles pueden mejorar asistencia prenatal e inmunización infantil, con efectos variables.	Apoya integración de comunicación móvil con cuidado presencial.
Fuente: elaboración propia a partir de las fuentes científicas y normativas incluidas en la revisión (2-6, 10-17).				

7.1 CUIDADO PRENATAL CENTRADO EN LA PERSONA

El primer hallazgo relevante es que el control prenatal de calidad se relaciona con una atención respetuosa, individualizada y centrada en la experiencia de la mujer. La OMS plantea que la atención prenatal debe ofrecer información oportuna, apoyo emocional y cuidado clínico efectivo, no solo vigilancia biomédica (2,3). En este enfoque, enfermería cumple una función esencial porque suele ser el personal que mantiene contacto continuo con la gestante, identifica necesidades y refuerza conductas de autocuidado.

La atención centrada en la persona implica reconocer la cultura, edad, nivel educativo, contexto familiar, ocupación, ingresos y barreras de acceso de cada gestante. No todas las mujeres requieren la misma intensidad de seguimiento; por ello, el cuidado de enfermería debe adaptar la consejería y detectar factores que pueden limitar la asistencia, como transporte, horarios laborales, temor, experiencias previas negativas o falta de apoyo familiar.

7.2 INTERVENCIONES EDUCATIVAS DE ENFERMERÍA

La educación prenatal es una de las intervenciones más visibles del cuidado de enfermería. Incluye orientación sobre alimentación saludable, suplementación, actividad física, higiene, salud bucal, vacunación, lactancia, preparación para el parto, planificación familiar, salud mental y signos de alarma. La evidencia reciente sobre educación prenatal liderada por enfermería muestra mejoras en la autoeficacia materna, especialmente cuando las sesiones son estructuradas, participativas y adaptadas al nivel de comprensión de la gestante (15).

La consejería no debe limitarse a entregar información. Debe confirmar comprensión mediante preguntas abiertas, demostraciones, material visual y registro de compromisos. La enfermera puede utilizar métodos de enseñanza sencillos, como explicar un signo de alarma y pedir a la gestante que lo repita con sus propias palabras. Esta estrategia mejora la seguridad y facilita la consulta oportuna ante síntomas de riesgo.

7.3 IDENTIFICACIÓN TEMPRANA DE RIESGOS Y SIGNOS DE ALARMA

El control prenatal permite reconocer condiciones que amenazan el bienestar materno-fetal. Desde enfermería se deben vigilar signos vitales, presión arterial, edema, sangrado, dolor abdominal, cefalea intensa, visión borrosa, fiebre, disminución de movimientos fetales,

síntomas urinarios, violencia, consumo de sustancias y alteraciones emocionales. La identificación oportuna de estos datos facilita la referencia, la contrarreferencia y la continuidad asistencial.

El aporte enfermero también se expresa en la correcta toma de medidas antropométricas, control de peso, cálculo de edad gestacional, revisión de exámenes, educación sobre hierro y ácido fólico, y verificación de vacunas. Cada contacto debe convertirse en una oportunidad para prevenir complicaciones y fortalecer el vínculo con el servicio de salud.

7.4 CONTINUIDAD, RELACIÓN TERAPÉUTICA Y HUMANIZACIÓN

Los estudios cualitativos muestran que la experiencia de las mujeres se fortalece cuando existe una relación de confianza con la enfermera, continuidad en los encuentros y respuesta a necesidades reales (5,6). En mujeres en contextos de vulnerabilidad, la relación terapéutica puede determinar si continúan o abandonan el seguimiento prenatal. La humanización se evidencia en saludar con respeto, escuchar sin juzgar, proteger la privacidad, explicar procedimientos, involucrar a la familia cuando la mujer lo autoriza y evitar prácticas discriminatorias.

La continuidad no siempre significa que la misma profesional atienda todos los controles, pero sí que exista un plan de cuidado claro, registros completos y comunicación entre miembros del equipo. Cuando la gestante repite su historia en cada consulta, percibe fragmentación del cuidado. Por ello, los registros de enfermería y la coordinación con medicina, obstetricia, nutrición, psicología y trabajo social son componentes esenciales.

7.5 SALUD DIGITAL Y SEGUIMIENTO DE LA ADHERENCIA

Las tecnologías móviles han ganado espacio en salud materna. Los metaanálisis revisados sugieren que los recordatorios, mensajes educativos y herramientas mHealth pueden aumentar la asistencia a controles prenatales y mejorar el uso de servicios maternos en países de ingresos bajos y medios (10,11,17). Sin embargo, su efectividad depende del acceso a teléfono, alfabetización digital, idioma, pertinencia cultural, privacidad y capacidad del servicio para responder a consultas.

Para enfermería, la salud digital debe entenderse como complemento del cuidado presencial. Los mensajes pueden recordar citas, reforzar signos de alarma, motivar asistencia y orientar sobre preparación para exámenes. No reemplazan la valoración clínica, pero ayudan a mantener contacto con gestantes que viven lejos, tienen horarios complejos o presentan riesgo de abandono.

7.6 BARRERAS PARA EL CONTROL PRENATAL

Las barreras más frecuentes identificadas en la literatura incluyen dificultad de transporte, costos indirectos, falta de información, horarios poco flexibles, experiencias previas negativas, baja percepción de riesgo, trato deshumanizado, falta de privacidad y limitaciones del sistema de salud (12,16). Estas barreras afectan especialmente a adolescentes, mujeres con bajo nivel educativo, migrantes, mujeres con pobreza, gestantes de zonas rurales o mujeres con escaso apoyo familiar.

El cuidado de enfermería puede reducir estas barreras mediante búsqueda activa, educación comunitaria, coordinación de citas, seguimiento telefónico, visitas domiciliarias cuando sean pertinentes, priorización de gestantes de riesgo y articulación con redes de apoyo. En el primer nivel de atención, la enfermera tiene una posición privilegiada para detectar abandono temprano y reinsertar a la gestante en el control prenatal.

Tabla 5. Categorías de síntesis y aportes al cuidado de enfermería.

Categoría	Aporte práctico para enfermería
Valoración integral	Realizar anamnesis, signos vitales, peso, factores de riesgo, signos de alarma, estado emocional y contexto social.
Educación prenatal	Brindar consejería comprensible sobre nutrición, suplementación, actividad física, signos de alarma, lactancia y preparación para el parto.
Continuidad del cuidado	Mantener registros completos, seguimiento de citas, coordinación de referencia y contrarreferencia.
Humanización	Garantizar respeto, privacidad, comunicación clara, escucha activa y trato sin discriminación.
Salud digital	Usar recordatorios y mensajes educativos como complemento del cuidado presencial.
Enfoque de riesgo y vulnerabilidad	Identificar barreras de acceso y activar redes comunitarias, familiares e institucionales.
Fuente: elaboración propia a partir de la síntesis narrativa de la evidencia revisada (2-6, 10-17).	

7.7 APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO EN EL CONTROL PRENATAL

La literatura revisada permite relacionar el control prenatal con las etapas del proceso enfermero: valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación. En la valoración se recogen datos objetivos y subjetivos; en el diagnóstico se identifican necesidades reales o potenciales; en la planificación se priorizan problemas; en la intervención se ejecutan actividades educativas y preventivas; y en la evaluación se verifica si la gestante comprendió las indicaciones, asistió a los controles y disminuyó factores de riesgo.

Desde esta perspectiva, el cuidado prenatal no se limita a cumplir formularios. Un registro adecuado debe reflejar lo que la enfermera observa, enseña, coordina y evalúa. Por ejemplo, si una gestante presenta miedo al parto, baja adherencia a controles o dificultad para seguir indicaciones, el plan de cuidado debe incluir consejería, apoyo emocional, seguimiento de citas y derivación cuando corresponda. Así, el proceso enfermero convierte la atención prenatal en una práctica ordenada, medible y centrada en necesidades individuales.

7.8 EDUCACIÓN NUTRICIONAL, AUTOCUIDADO Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

La educación nutricional aparece como un componente transversal del control prenatal. Enfermería orienta sobre alimentación equilibrada, hidratación, higiene de alimentos, prevención de anemia, cumplimiento de suplementación y señales de alarma relacionadas con hipertensión o infecciones. Estas acciones son especialmente relevantes en adolescentes, gestantes con bajo peso, sobrepeso, anemia, enfermedades crónicas o dificultades económicas para acceder a una dieta variada.

El autocuidado debe explicarse con ejemplos prácticos. No basta con recomendar una alimentación saludable; la enfermera debe adaptar el mensaje a los alimentos disponibles en la comunidad, costumbres familiares y posibilidades económicas. De igual manera, la consejería sobre descanso, actividad física, higiene, salud bucal, lactancia y planificación familiar debe ser progresiva y verificable. La educación prenatal efectiva no busca culpabilizar a la mujer, sino fortalecer su capacidad de decisión y cuidado (2,4,15).

7.9 COORDINACIÓN INTERPROFESIONAL Y SEGUIMIENTO COMUNITARIO

El control prenatal requiere coordinación entre enfermería, medicina, obstetricia, nutrición, psicología, odontología, laboratorio y trabajo social. La enfermera puede actuar como enlace entre la gestante y el equipo, especialmente cuando existen exámenes pendientes, signos de riesgo, dificultades para acudir al servicio o necesidades de apoyo familiar. Esta función de coordinación favorece la continuidad y disminuye el riesgo de abandono.

En el primer nivel de atención, el seguimiento comunitario es fundamental para gestantes que no acuden a controles, viven lejos, son adolescentes, tienen antecedentes obstétricos de riesgo o presentan condiciones sociales complejas. La búsqueda activa, las llamadas telefónicas, los recordatorios y la educación familiar pueden mejorar la adherencia, siempre que se respeten la privacidad, la confidencialidad y la autonomía de la mujer (10,11,16,17).

Tabla 6. Plan de cuidado de enfermería según trimestre gestacional.

Etapas	Necesidades frecuentes	Intervenciones de enfermería	Resultado esperado
Primer trimestre	Confirmación del embarazo, adaptación emocional, identificación de antecedentes, inicio de controles y exámenes.	Valoración integral, apertura o actualización de registro, educación sobre signos de alarma, nutrición, suplementación y programación de controles.	Gestante informada, vinculada al servicio y con plan de seguimiento inicial.
Segundo trimestre	Continuidad de controles, crecimiento fetal, cambios corporales, prevención de anemia y preparación progresiva.	Reforzar adherencia, verificar exámenes, orientar sobre alimentación, actividad física, salud bucal, lactancia y autocuidado.	Gestante con mayor autoeficacia y cumplimiento de indicaciones preventivas.
Tercer trimestre	Preparación para parto, reconocimiento de signos de alarma, plan de nacimiento, apoyo familiar y lactancia.	Consejería sobre trabajo de parto, signos de urgencia, lactancia temprana, cuidados del recién nacido, planificación familiar y referencia oportuna.	Gestante preparada para buscar atención oportuna y participar activamente en el parto y puerperio.
Fuente: elaboración propia con base en la guía del MSP Ecuador (4), las recomendaciones de la OMS (2,3) y la evidencia revisada (15).			

8. DISCUSIÓN

Los resultados de la revisión permiten afirmar que el cuidado de enfermería en el control prenatal es multidimensional. Su valor no se limita a tareas técnicas, sino que integra educación, prevención, apoyo emocional, coordinación y seguimiento. Esta visión coincide con el modelo de la OMS, que enfatiza una atención prenatal orientada a la experiencia positiva del embarazo y no únicamente a la prevención de muerte o enfermedad (2,3).

La enfermería aporta al control prenatal desde el primer contacto. La entrevista inicial permite identificar antecedentes obstétricos, enfermedades previas, condiciones psicosociales y redes de apoyo. Con esta información, la enfermera puede priorizar necesidades, orientar autocuidado y coordinar atención interprofesional. En contextos de alta demanda, este rol es fundamental porque mejora la organización del servicio y evita que la consulta prenatal se reduzca a una actividad rutinaria.

La educación prenatal liderada por enfermería constituye una intervención de bajo costo y alto impacto potencial. La evidencia sobre programas nurse-led indica mejoras en autoeficacia materna (15). Esto es importante porque una mujer que comprende su embarazo, reconoce signos de alarma y sabe cuándo acudir al servicio tiene mayor capacidad para participar en decisiones y buscar ayuda oportuna. Sin embargo, la educación debe adaptarse al contexto cultural y al nivel de alfabetización en salud.

La continuidad del cuidado es otro elemento clave. Las revisiones sobre modelos de continuidad muestran que las mujeres suelen reportar experiencias más positivas cuando existe seguimiento sostenido (13). Aunque algunos estudios se centran en matronas, los principios son aplicables a enfermería: conocimiento de la historia de la gestante, comunicación entre profesionales, seguimiento de citas, plan de cuidado individualizado y vínculo terapéutico. La continuidad fortalece la confianza y puede reducir el abandono del control prenatal.

La salud digital aparece como una herramienta prometedora, especialmente en escenarios donde existen barreras geográficas o dificultades de asistencia. Los metaanálisis sobre mHealth reportan mejoras en asistencia a controles y utilización de servicios en algunos

contextos (10,11,17). No obstante, se debe evitar una visión tecnológica simplista: los mensajes o aplicaciones solo funcionan si son comprensibles, pertinentes, seguros y están conectados a un equipo que pueda responder. En enfermería, el uso de mensajes recordatorios debe acompañarse de valoración clínica y seguimiento presencial.

Los estudios cualitativos sobre gestantes en vulnerabilidad muestran que la experiencia del cuidado depende de factores personales y organizacionales (5,6). Una enfermera técnicamente competente, pero poco empática, puede generar desconfianza; en cambio, una enfermera que escucha, explica y adapta el cuidado puede favorecer la adherencia. Esto demuestra que la humanización no es un componente accesorio, sino una condición de calidad asistencial.

En Ecuador, la aplicación de la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal exige que el equipo de salud asegure valoración, seguimiento, educación y referencia según riesgo (4). La formación técnica en enfermería debe fortalecer competencias para aplicar protocolos, registrar correctamente las acciones, reconocer signos de alarma y comunicarse de forma clara con gestantes y familias. Un registro incompleto dificulta la continuidad y puede invisibilizar intervenciones de enfermería relevantes.

Una limitación de esta revisión es que se trata de una síntesis narrativa y no de una revisión sistemática con metaanálisis propio. Además, algunos estudios provienen de contextos distintos al ecuatoriano, por lo que sus resultados deben adaptarse a la realidad local. A pesar de ello, la evidencia revisada ofrece orientaciones consistentes para mejorar el cuidado prenatal: fortalecer educación, continuidad, trato humanizado, seguimiento comunitario y uso responsable de herramientas digitales.

Un punto que debe resaltarse es que la calidad del control prenatal depende de la combinación entre competencia técnica y competencia comunicacional. Una intervención clínicamente correcta puede perder efectividad si la gestante no comprende las indicaciones o si siente temor de preguntar. Por esta razón, la comunicación terapéutica debe considerarse una habilidad central del cuidado de enfermería, al mismo nivel que la medición de signos vitales o la identificación de signos de alarma.

Los hallazgos también muestran que la enfermería puede contribuir a disminuir desigualdades en salud materna. Las gestantes con vulnerabilidad social suelen enfrentar más obstáculos para acudir a controles y comprender indicaciones. Cuando enfermería identifica estas barreras desde el primer contacto y coordina apoyo institucional o comunitario, el control prenatal se convierte en una herramienta de inclusión y protección, no solamente en una consulta programada.

La incorporación de herramientas digitales debe realizarse con criterio. Los mensajes recordatorios y materiales educativos pueden ser útiles, pero no todas las gestantes cuentan con conectividad, alfabetización digital o privacidad para recibir información sensible. En consecuencia, el uso de mHealth debe acompañarse de valoración individual, consentimiento, lenguaje claro y alternativas presenciales para quienes no puedan utilizar medios digitales (10,11,17).

Para la formación de técnicos superiores en enfermería, esta revisión evidencia la necesidad de fortalecer competencias en educación sanitaria, registro clínico, enfoque intercultural, búsqueda activa y trabajo comunitario. Estas competencias permiten que el futuro profesional participe con mayor seguridad en programas de salud materna y contribuya a la reducción de complicaciones prevenibles durante el embarazo.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

9.1 CONCLUSIONES

- El cuidado de enfermería es un componente esencial del control prenatal porque integra valoración clínica, educación, apoyo emocional, detección de riesgos y coordinación del cuidado.
- La atención prenatal de calidad debe ser centrada en la persona, respetuosa, continua y adaptada a las necesidades de cada gestante, especialmente en mujeres con vulnerabilidad social o barreras de acceso.
- Las intervenciones educativas lideradas por enfermería favorecen la autoeficacia materna, el reconocimiento de signos de alarma y la participación de la mujer en el cuidado de su embarazo.
- Las herramientas digitales pueden mejorar recordatorios, seguimiento y comunicación, pero deben utilizarse como complemento del control presencial y con criterios de privacidad, pertinencia cultural y accesibilidad.
- La continuidad del cuidado y el registro adecuado de las intervenciones son indispensables para garantizar referencia oportuna, seguimiento de citas y prevención de abandono del control prenatal.

9.2 RECOMENDACIONES

- Fortalecer la capacitación del personal de enfermería en guía de control prenatal, signos de alarma obstétrica, comunicación terapéutica y enfoque de riesgo.
- Implementar sesiones educativas breves y estructuradas en cada contacto prenatal, con verificación de comprensión mediante lenguaje sencillo.
- Usar listas de chequeo de enfermería para asegurar que cada control incluya valoración, consejería, registro y seguimiento.
- Promover seguimiento telefónico o mensajes recordatorios para gestantes con riesgo de inasistencia, sin sustituir la valoración presencial.
- Articular el trabajo de enfermería con medicina, obstetricia, nutrición, psicología, trabajo social y redes comunitarias para responder a barreras sociales.

- Garantizar trato digno, privacidad y confidencialidad durante todo el proceso de atención prenatal.
- La revisión evidencia que el cuidado de enfermería debe planificarse por trimestre gestacional, pero ajustarse a la condición clínica y social de cada mujer.
- El seguimiento comunitario y la búsqueda activa son estrategias útiles para reducir abandono del control prenatal, especialmente cuando existen barreras geográficas, económicas o familiares.
- Incluir educación sobre salud mental, violencia, apoyo familiar y autocuidado emocional dentro de la consejería prenatal, debido a que estos factores influyen en la adherencia y bienestar materno.
- Promover materiales educativos simples, visuales y culturalmente pertinentes para gestantes adolescentes, primerizas o con bajo nivel de alfabetización en salud.

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente artículo corresponde a una revisión de literatura y no implicó intervención directa en personas, recolección de datos clínicos individuales ni acceso a historias clínicas. Por ello, no requirió consentimiento informado de participantes. Sin embargo, se respetaron los principios éticos de integridad académica, honestidad en la citación, uso responsable de la información y reconocimiento de autoría de las fuentes consultadas.

La elaboración del documento considera los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y respeto a la dignidad humana. En el contexto del control prenatal, estos principios implican promover prácticas de enfermería que protejan a la gestante y al feto, eviten discriminación, aseguren privacidad y favorezcan decisiones informadas. Toda recomendación descrita debe adaptarse a la normativa institucional y a la competencia profesional del personal de salud.

En caso de que el artículo sea ampliado con datos de pacientes, encuestas o revisión de historias clínicas, será necesario solicitar autorización institucional, aprobación ética correspondiente y aplicar mecanismos de anonimización y confidencialidad.

La revisión también exige responsabilidad en el manejo de la información científica. Las ideas procedentes de guías, artículos y revisiones deben citarse con precisión para evitar apropiación indebida del conocimiento. Además, las recomendaciones no deben presentarse como sustituto de protocolos institucionales, sino como apoyo académico para fortalecer la práctica basada en evidencia.

En la atención prenatal real, el personal de enfermería debe proteger la confidencialidad de datos relacionados con embarazo, antecedentes personales, salud sexual, violencia, consumo de sustancias o condiciones familiares. La comunicación con familiares debe realizarse solo con autorización de la gestante, salvo situaciones en que la normativa vigente establezca procedimientos específicos de protección.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Maternal mortality [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2026 Jul 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016.
3. World Health Organization. New guidelines on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2026 Jul 1]. Available from: <https://www.who.int/news/item/07-11-2016-new-guidelines-on-antenatal-care-for-a-positive-pregnancy-experience>
4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Control prenatal: guía de práctica clínica. Quito: Dirección Nacional de Normatización, MSP; 2015.
5. Hudon É, Hudon C, Chouinard M-C, Lafontaine S, Jordy LCD, Ellefsen É. The prenatal primary nursing care experience of pregnant women in contexts of vulnerability: a systematic review with thematic synthesis. *ANS Adv Nurs Sci*. 2022;45(3):274-290.
6. Hudon É, Chouinard M-C, Ellefsen É, Beaudin J, Hudon C. The experience of pregnant women in contexts of vulnerability of prenatal primary nursing care: a descriptive interpretative qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23:187.
7. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71.
8. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Ann Intern Med*. 2007;147(8):573-577.
9. Critical Appraisal Skills Programme. CASP qualitative studies checklist [Internet]. Oxford: CASP; [cited 2026 Jul 1]. Available from: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>

10. Mishra M, Parida D, Murmu J, Singh D, Rehman T, Kshatri JS, et al. Effectiveness of mHealth interventions for monitoring antenatal care among pregnant women in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(19):2635.
11. Rahman MO, Yamaji N, Nagamatsu Y, Ota E. Effects of mHealth interventions on improving antenatal care visits and skilled delivery care in low- and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res*. 2022;24(4):e34061.
12. Esopo K, Derby L, Haushofer J. Interventions to improve adherence to antenatal and postnatal care regimens among pregnant women in sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20:316.
13. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024;4:CD004667.
14. Catling CJ, Medley N, Foureur M, Ryan C, Leap N, Teate A, Homer CSE. Group versus conventional antenatal care for women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(2):CD007622.
15. Mohammed HH, Abd El Hamed AA, Afefy NAE-F, Sherif NA, Ibrahim SM. The effectiveness of nurse-led antenatal education on maternal self-efficacy: an evidence-based approach. *BMC Nurs*. 2025;24:895.
16. Mohseni M, Mousavi Isfahani H, Moosavi A, Dehghanpour Mohammadian E, Mirmohammadi F, Ghazanfari F, et al. Health system-related barriers to prenatal care management in low- and middle-income countries: a systematic review of the qualitative literature. *Prim Health Care Res Dev*. 2023;24:e15.
17. Knop MR, Knop LR, Nunes BP, et al. Impact of mHealth interventions on maternal, newborn, and child health from conception to 24 months postpartum in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Med*. 2024;22:196.
18. UNICEF Ecuador. Libreta integral de salud [Internet]. Quito: UNICEF Ecuador; 2022 [cited 2026 Jul 1]. Available from: <https://www.unicef.org/ecuador/>

12. ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ AMPLIADA DE EXTRACCIÓN DE INFORMACIÓN

La siguiente matriz puede ser ampliada por el estudiante durante la revisión final de bases de datos institucionales.

Autor/año	Objetivo	Método	Resultado de interés	Utilidad para el artículo
OMS 2016	Establecer recomendaciones para una experiencia positiva del embarazo.	Guía basada en evidencia.	Ocho contactos y atención centrada en la persona.	Marco normativo internacional.
Mishra 2023	Evaluar mHealth para monitoreo prenatal.	Revisión sistemática y metaanálisis.	Mayor asistencia a controles en usuarias de mHealth.	Seguimiento digital complementario.
Hudon 2023	Describir experiencia de mujeres vulnerables con enfermería prenatal.	Estudio cualitativo interpretativo.	Importancia de necesidades, relación con enfermera y organización del servicio.	Humanización y continuidad.
Mohammed 2025	Analizar educación prenatal liderada por enfermería.	Metaanálisis.	Mejora de autoeficacia materna.	Sesiones educativas estructuradas.
Fuente: elaboración propia a partir de las fuentes incluidas en la revisión (2, 5, 10, 15).				

ANEXO 2: LISTA DE CHEQUEO PARA EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL PRENATAL

- Confirmar datos de identificación, edad gestacional y antecedentes relevantes.
- Registrar presión arterial, peso, signos vitales y síntomas referidos.
- Preguntar por signos de alarma: sangrado, cefalea intensa, visión borrosa, edema, fiebre, dolor abdominal, pérdida de líquido, disminución de movimientos fetales.
- Verificar cumplimiento de exámenes, ecografía, vacunas y suplementación según normativa local.
- Brindar educación sobre alimentación, actividad física, descanso, higiene, salud bucal, lactancia y preparación para el parto.
- Explorar estado emocional, apoyo familiar, violencia, consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias.
- Identificar barreras de asistencia y programar próximo control.
- Registrar intervención de enfermería, indicaciones brindadas y plan de seguimiento.
- Referir oportunamente ante signos de riesgo o necesidad de atención especializada.

ANEXO 3: GLOSARIO DE TÉRMINOS BÁSICOS

Término	Definición operativa
Control prenatal	Conjunto de actividades clínicas, educativas y preventivas dirigidas a vigilar el embarazo y promover bienestar materno-fetal.
Cuidado de enfermería	Proceso sistemático de valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación orientado a responder a necesidades de la gestante.
Autoeficacia materna	Confianza de la mujer en su capacidad para afrontar el embarazo, parto y autocuidado.
Atención centrada en la persona	Modelo que respeta preferencias, valores, contexto, dignidad y participación de la mujer en las decisiones.
mHealth	Uso de tecnologías móviles, como mensajes o aplicaciones, para apoyar comunicación, educación y seguimiento en salud.
Fuente: elaboración propia a partir de la revisión conceptual del artículo (2-4, 10, 11, 15-17).	

ANEXO 4: GUÍA BREVE DE CONSEJERÍA PRENATAL PARA ENFERMERÍA

Esta guía puede utilizarse como apoyo para organizar mensajes educativos breves durante cada control prenatal. Debe adaptarse a la edad gestacional, nivel de comprensión, cultura, idioma, riesgo obstétrico y necesidades de cada gestante.

Tema de consejería	Mensaje clave	Verificación de comprensión
Signos de alarma	Acudir de inmediato ante sangrado, dolor intenso, fiebre, cefalea fuerte, visión borrosa, pérdida de líquido o disminución de movimientos fetales.	Pedir a la gestante que mencione al menos tres signos de alarma.
Nutrición y suplementación	Mantener alimentación variada según posibilidades, cumplir suplementación indicada y evitar automedicación.	Preguntar cómo tomará el suplemento y qué alimentos disponibles puede priorizar.
Asistencia a controles	El control prenatal permite detectar riesgos antes de que se conviertan en complicaciones.	Confirmar fecha del próximo control y posibles barreras para asistir.
Lactancia y puerperio	Prepararse para lactancia temprana, cuidado del recién nacido y control posparto.	Solicitar que explique a quién avisará o dónde acudirá si presenta signos de alarma después del parto.
Fuente: elaboración propia con base en recomendaciones de consejería prenatal de la OMS (2,3) y MSP Ecuador (4).		



Plagiarism Report



Unique	100%
Exact Match	0%
Partial Match	0%

Primary Sources

Excluded URL (s)

[No](#)

Content

El control prenatal constituye una estrategia esencial para proteger la salud materna y fetal, prevenir complicaciones y promover una experiencia positiva del embarazo. El objetivo de este artículo fue analizar, mediante la revisión de literatura, el aporte del cuidado de enfermería en el control prenatal. Se realizó una revisión descriptiva con búsquedas en fuentes de evidencia y normativas publicadas entre 2016 y 2026, priorizando guías de líneas, revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios cualitativos relacionados con el control prenatal, educación en salud, autonomía del cuidado, adherencia y enfoque centrado en la persona. La información fue organizada mediante síntesis narrativa y categorías temáticas. Los hallazgos evidencian que el cuidado de enfermería fortalece el control prenatal a través de valoración integral, educación para la salud, identificación temprana de signos de alarma, apoyo psicosocial, promoción de hábitos saludables, seguimiento de la asistencia y coordinación con otros niveles de atención. La literatura destaca que las intervenciones educativas lideradas por enfermería mejoran la autoeficacia materna y que el fortalecimiento de guías pueden favorecer la asistencia a controles, aun que requieren adaptación al contexto y acompañamiento profesional. Se concluye que enfermería cumple un rol estratégico en la humanización, autonomía, oportunidad y calidad del control prenatal, especialmente en gestantes con vulnerabilidad social o barreras de acceso. Se recomiendan fortalecer protocolos, registros, consejería individualizada y seguimiento comunitario para mejorar resultados materno-perinatales. La salud materna continúa siendo una prioridad para los sistemas sanitarios por su impacto directo en la vida de la mujer, el recién nacido, la familia y la comunidad. La Organización Mundial de la Salud estima que en 2023 murieron alrededor de 260.000 mujeres durante el embarazo, parto o puerperio, y que la mayoría de estas muertes podrían prevenirse con atención oportuna y de calidad (1). En este contexto, el control prenatal no debe limitarse al cumplimiento de resultados, sino que debe entenderse como un proceso integral de vigilancia, acompañamiento, educación y detección temprana de riesgos. La OMS recomienda un modelo de atención prenatal orientado a una experiencia positiva del embarazo, con un mínimo de ocho contactos para reducir la morbilidad perinatal y mejorar la experiencia de las mujeres (2,3). Esta recomendación resalta la importancia de la continuidad, la

comunicación efectiva, el respeto, la atención centrada en la persona y la aplicación de intervenciones clínicas oportunas. En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública cuenta con una Guía de Prácticas Clínicas de Control Prenatal que reúne recomendaciones de evidencia para asistir a las profesionales del Sistema Nacional de Salud en el diagnóstico, atención y seguimiento de la gestante (4).

El cuidado de enfermería posee un valor estratégico dentro del control prenatal porque combina competencias clínicas, educativas, comunicacionales y comunitarias. La enfermera valora signos vitales y signos de alarma, identifica factores de riesgo, orienta sobre nutrición y actividad física, promueve el cumplimiento y vacunación según normativa, fortalece el autocuidado y coordina la referencia cuando es detectan condiciones que requieren manejo especializado. Además, el contacto frecuente con la gestante permite construir una relación terapéutica basada en confianza, respeto y escucha activa.

El problema que motiva esta revisión es que, aun que el control prenatal está ampliamente reconocido como una intervención esencial, persisten barreras de acceso, discontinuidad, baja adherencia, escasa educación sanitaria, registros incompletos y experiencias de atención poco humanizadas. La literatura muestra que la experiencia de las mujeres, en especial en contextos de vulnerabilidad, está influenciada por la calidad de la relación con el personal de enfermería, la consideración de sus necesidades y la organización del servicio (5,6). Por ello, analizar el cuidado de enfermería en el control prenatal permite identificar acciones que fortalecen la calidad y la oportunidad de la atención.

Desde el punto de vista teórico, el control prenatal integra elementos de promoción de la salud, prevención de complicaciones, vigilancia clínica y continuidad asistencial. El rol de enfermería se fundamenta en el proceso enfermero, la educación para el autocuidado, la comunicación terapéutica y la atención centrada en la persona. Estas dimensiones permiten que la gestante participe activamente en decisiones sobre su salud, reconozca signos de alarma, acceda oportunamente a controles y adapte conductas protectoras para sí misma y para el feto.

Referencias