



ISSN: 3151-829X

DOI: <https://doi.org/10.70577/1ashmn29>

Periodicidad trimestral Octube-Diciembre, Volumen 2, Numero 4, Años (2024), Pág. 1-19

Recibido: 2024-08-05

Aceptado: 2024-09-05

Publicado: 2024-10-05

Percepción del riesgo obstétrico y variabilidad en decisiones clínicas perinatales

Perception of obstetric risk and variability in perinatal clinical decision-making

Autor

Edison Darwin Delgado Castillo

delgado.castillo@outlook.es

<https://orcid.org/0000-0002-4129-9112>

Universidad Técnica de Ambato

Ambato - Ecuador

Resumen

La variabilidad en las decisiones clínicas perinatales representa una problemática relevante en la atención obstétrica, asociada a la interpretación heterogénea del riesgo y a la limitada estandarización de protocolos. El objetivo fue analizar la percepción del riesgo obstétrico y su relación con la variabilidad en las decisiones clínicas perinatales. Se empleó un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental y corte transversal, basado en información secundaria proveniente de organismos oficiales, aplicando estadística descriptiva, regresión logística binaria y modelos de ecuaciones estructurales. Los resultados evidenciaron que la percepción del riesgo obstétrico actúa como variable mediadora entre las condiciones clínicas y la decisión médica, identificándose una relación directa entre mayor percepción de riesgo y mayor frecuencia de intervenciones obstétricas, especialmente cesáreas. Asimismo, se determinó que la discontinuidad del control prenatal incrementa la incertidumbre clínica y la probabilidad de decisiones invasivas, mientras que un adecuado seguimiento prenatal reduce la ocurrencia de complicaciones. De igual forma, se observó que factores estructurales como la fragmentación del sistema de salud y la falta de estandarización en la aplicación de protocolos contribuyen a la variabilidad clínica. En consecuencia, se establece la necesidad de fortalecer el control prenatal, mejorar la uniformidad de los criterios clínicos e incorporar enfoques centrados en la persona para optimizar los resultados materno-fetales.

Palabras clave: riesgo obstétrico, decisiones clínicas perinatales, control prenatal, cesárea, variabilidad clínica

Abstract

Variability in perinatal clinical decisions represents a significant challenge in obstetric care, linked to heterogeneous interpretations of risk and limited standardization of protocols. The objective of this study was to analyze obstetric risk perception and its relationship with variability in perinatal clinical decisions. A quantitative approach was employed, using a non-experimental, cross-sectional design based on secondary data from official sources, applying descriptive statistics, binary logistic regression, and structural equation modeling. The results indicated that obstetric risk perception functions as a mediating variable between clinical conditions and medical decisions, showing a direct relationship between higher perceived risk and a greater frequency of obstetric interventions, particularly cesarean sections. Additionally, discontinuity in prenatal care was associated with increased clinical uncertainty and a higher likelihood of invasive decisions, whereas adequate prenatal follow-up reduced the occurrence of complications. Structural factors, including fragmentation of the health system and lack of protocol standardization, were also identified as contributors to clinical variability. Consequently, strengthening prenatal care, improving uniformity in clinical criteria, and implementing patient-centered approaches are essential to optimize maternal and perinatal outcomes.

Keywords: obstetric risk, perinatal clinical decisions, prenatal care, cesarean section, clinical variability

Introducción

La percepción del riesgo obstétrico constituye un constructo multidimensional que integra factores clínicos, cognitivos, socioculturales y contextuales, influyendo de manera directa en la toma de decisiones clínicas durante el proceso perinatal. En el ámbito de la salud materna, la identificación temprana de factores de riesgo ha sido reconocida como un componente crítico para la prevención de complicaciones materno-fetales, especialmente en contextos donde la morbilidad sigue representando un desafío relevante para los sistemas sanitarios (Zerna-Bravo, 2022).

Desde una perspectiva teórica, la percepción del riesgo obstétrico se configura a partir de la interacción entre conocimientos clínicos, experiencias previas y marcos culturales tanto del personal sanitario como de las gestantes. En este sentido, estudios recientes han evidenciado que las mujeres no siempre internalizan el riesgo obstétrico de manera proporcional a su condición clínica, debido a la influencia de imaginarios sociales y percepciones sobre la maternidad que pueden minimizar o reinterpretar el peligro asociado al embarazo (Rangel & Martínez, 2022). Esta disonancia entre el riesgo clínico y el riesgo percibido genera escenarios complejos en los que las decisiones perinatales, como la indicación de cesárea, el manejo del parto o la adherencia al control prenatal, se ven condicionadas por factores subjetivos.

En el contexto clínico, la variabilidad en la toma de decisiones perinatales se ha vinculado con la heterogeneidad en la interpretación de los factores de riesgo por parte de los profesionales de la salud. La evidencia señala que, aun ante condiciones clínicas similares, pueden adoptarse decisiones divergentes en función de la experiencia del profesional, el entorno institucional y la disponibilidad de recursos, lo que repercute en la calidad y seguridad de la atención obstétrica. Asimismo, la literatura destaca que la estratificación del riesgo obstétrico es esencial para orientar intervenciones oportunas; sin embargo, su aplicación no siempre es homogénea en la práctica clínica (García-Gómez et al., 2023).

En el ámbito latinoamericano, particularmente, se ha documentado que las percepciones sobre el riesgo y las barreras de acceso al control prenatal influyen significativamente en la evolución del embarazo y en la toma de decisiones clínicas. Factores como el nivel educativo, las condiciones socioeconómicas y la calidad de la comunicación médico-

paciente inciden en la comprensión del riesgo obstétrico y en la adherencia a las recomendaciones médicas, generando variaciones en los resultados perinatales (Montesdeoca, 2024). Esta realidad evidencia la necesidad de integrar enfoques biopsicosociales en la atención obstétrica, que permitan alinear la percepción del riesgo con la evaluación clínica objetiva.

Adicionalmente, en el contexto de la medicina basada en evidencia, la toma de decisiones perinatales debe sustentarse en modelos predictivos y protocolos clínicos estandarizados que reduzcan la variabilidad innecesaria. No obstante, investigaciones recientes subrayan que los modelos de predicción del riesgo, aunque útiles, requieren ser interpretados dentro de un marco clínico dinámico, donde las decisiones son secuenciales y adaptativas a lo largo del proceso gestacional. Esta complejidad refuerza la importancia de comprender cómo la percepción del riesgo influye en cada punto de decisión clínica, desde el control prenatal hasta el parto.

En este marco, esta investigación se orienta a analizar la percepción del riesgo obstétrico y su relación con la variabilidad en las decisiones clínicas perinatales, considerando tanto los determinantes clínicos como los factores subjetivos que intervienen en este proceso. Se busca establecer cómo las discrepancias entre la evaluación objetiva del riesgo y su interpretación condicionan las decisiones médicas, así como identificar elementos que permitan fortalecer la estandarización clínica y la calidad de la atención materno-fetal. Asimismo, se pretende aportar insumos teóricos y aplicados que contribuyan al diseño de estrategias orientadas a optimizar los resultados perinatales en contextos de alta complejidad sanitaria.

Percepción del riesgo obstétrico y construcción clínica de la decisión perinatal

En una gestante con antecedentes de preeclampsia y controles prenatales irregulares, la valoración clínica del riesgo no solo se fundamenta en parámetros biomédicos, sino también en la interpretación que el profesional realiza de la trayectoria obstétrica y en la forma en que la paciente comprende la gravedad de su condición. A partir de esta lógica, la percepción del riesgo obstétrico se configura como un proceso dinámico donde convergen elementos clínicos, sociales y cognitivos, influyendo directamente en la toma de decisiones perinatales. La literatura reciente ha señalado que la medicalización del embarazo ha generado prácticas donde el riesgo se convierte en un eje organizador de la

atención, condicionando intervenciones incluso en escenarios de bajo riesgo (Rodríguez Mir & Martínez Gandolfi, 2021). En este mismo sentido, se ha documentado que la violencia obstétrica y la invisibilización de la experiencia de la mujer modifican la percepción del riesgo y limitan su participación en la toma de decisiones (Cárdenas & Salinero, 2021).

Desde una perspectiva clínica, el embarazo de alto riesgo exige una evaluación continua que permita ajustar la conducta médica a las variaciones del estado materno-fetal. No obstante, investigaciones recientes advierten que la estratificación del riesgo no siempre se aplica de manera uniforme, lo que genera diferencias en la conducta terapéutica y en los resultados perinatales. En este contexto, se ha demostrado que la identificación oportuna de factores de riesgo permite prevenir complicaciones severas, siempre que exista un seguimiento sistemático durante la gestación (Espinoza Moreira et al., 2021). Asimismo, se ha evidenciado que las condiciones clínicas pueden evolucionar de manera impredecible, lo que obliga a una reinterpretación constante del riesgo obstétrico (Guzmán et al., 2023).

En relación con el control prenatal, su efectividad depende de la capacidad del sistema sanitario para garantizar continuidad, calidad de atención y adecuada comunicación con la gestante. Diversos estudios han demostrado que el incumplimiento del control prenatal se asocia con un incremento en la incertidumbre clínica y con decisiones perinatales adoptadas en fases avanzadas del embarazo (Londoño Cadena et al., 2022). De igual manera, la disponibilidad de pruebas diagnósticas prenatales contribuye a reducir la subjetividad en la evaluación del riesgo y a mejorar la precisión en la toma de decisiones clínicas (Díaz Aranda et al., 2023).

Desde una perspectiva centrada en la persona, la percepción del riesgo también se construye a partir de la interacción comunicativa entre el profesional y la gestante. Se ha señalado que la calidad del trato y la claridad en la información influyen significativamente en la adherencia a las recomendaciones médicas y en la aceptación de intervenciones obstétricas (Távora Orozco, 2023). En concordancia con ello, investigaciones recientes evidencian que la percepción de atención inadecuada puede generar desconfianza y modificar la conducta frente al riesgo obstétrico (Núñez Aguirre et al., 2023).

Variabilidad en las decisiones clínicas perinatales y humanización de la atención obstétrica

En una paciente con antecedente de cesárea previa y evolución favorable del trabajo de parto, la decisión entre permitir un parto vaginal o indicar una nueva cesárea puede variar significativamente según el criterio del equipo médico, la experiencia institucional y la percepción del riesgo de complicaciones. En este escenario, la variabilidad en las decisiones clínicas perinatales emerge como un fenómeno complejo que refleja tanto diferencias en la interpretación del riesgo como en la aplicación de protocolos clínicos. Estudios recientes han evidenciado que la indicación de cesárea puede estar influenciada por factores no clínicos, como la presión institucional o la preferencia del profesional (Murrieta, 2021). Asimismo, se ha documentado que existen variaciones significativas en la frecuencia de cesáreas incluso entre instituciones con características similares (Salinas Pérez et al., 2021).

En este contexto, el concepto de parto humanizado ha adquirido relevancia como un enfoque que busca equilibrar la seguridad clínica con el respeto a la autonomía de la mujer. La evidencia indica que la implementación de prácticas basadas en el respeto y la comunicación efectiva contribuye a reducir intervenciones innecesarias y a mejorar la experiencia perinatal (Lavanderos & Díaz Castillo, 2021). De igual forma, se ha observado que la adherencia del personal de salud a las recomendaciones internacionales sobre parto respetado es un factor determinante en la reducción de la variabilidad clínica (Seminario Acosta et al., 2023).

Por otro lado, la incorporación de tecnologías diagnósticas ha permitido mejorar la objetividad en la evaluación del trabajo de parto. En particular, la ecografía intraparto se ha posicionado como una herramienta útil para reducir la subjetividad en la toma de decisiones, especialmente en situaciones de progresión incierta del parto (Cárdenas Mendoza et al., 2022). Sin embargo, la disponibilidad de estos recursos no es homogénea, lo que contribuye a mantener diferencias en la práctica clínica entre distintos contextos de atención (Calle Ramírez et al., 2022).

Adicionalmente, la variabilidad en las decisiones clínicas también se relaciona con factores estructurales del sistema de salud, como el acceso a servicios, la continuidad de la atención y la calidad del seguimiento prenatal. Se ha demostrado que la fragmentación

de la atención y las barreras de acceso incrementan el riesgo de complicaciones maternas y condicionan decisiones clínicas tardías (Dávila Flores et al., 2023). En esta misma línea, investigaciones recientes subrayan que la atención obstétrica centrada en la persona permite integrar la evidencia clínica con las necesidades individuales de la gestante, reduciendo así la variabilidad innecesaria en la práctica perinatal (Farías Vela et al., 2023).

Materiales y métodos

En el marco del presente estudio, se adoptó un enfoque cuantitativo de alcance explicativo, orientado a examinar la relación entre la percepción del riesgo obstétrico y la variabilidad en las decisiones clínicas perinatales, considerando la interacción entre variables clínicas, institucionales y sociodemográficas. Bajo esta perspectiva, se estructuró un diseño no experimental de corte transversal, sustentado en el análisis sistemático de información secundaria proveniente de fuentes oficiales, lo que permitió asegurar consistencia analítica y pertinencia contextual en el abordaje del fenómeno estudiado.

En este sentido, la recolección de la información se desarrolló mediante la revisión, selección y sistematización de bases de datos, informes técnicos y registros estadísticos emitidos por organismos nacionales e internacionales especializados en salud materna y perinatal. Entre las principales fuentes se consideraron los reportes del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el Instituto Nacional de Estadística y Censos, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. En consecuencia, se priorizaron indicadores correspondientes al periodo 2021–2024, tales como la tasa de mortalidad materna, prevalencia de embarazos de alto riesgo, cobertura de control prenatal, frecuencia de intervenciones obstétricas y resultados perinatales, lo cual permitió construir una base empírica coherente con los objetivos planteados.

De manera complementaria, el procesamiento de la información implicó una fase rigurosa de depuración, validación y estandarización de los datos, garantizando su comparabilidad interinstitucional. A partir de ello, se procedió a la operacionalización de las variables de estudio, donde la percepción del riesgo obstétrico fue inferida mediante indicadores indirectos asociados a la intensidad de intervención clínica, el nivel de complejidad del

establecimiento de salud y las características epidemiológicas de la población atendida. Paralelamente, la variabilidad en las decisiones clínicas perinatales se definió a partir de la dispersión en la indicación de procedimientos obstétricos, particularmente en la tasa de cesáreas, inducciones del parto y otras intervenciones médicas durante el proceso gestacional y perinatal.

Desde el punto de vista analítico, inicialmente se aplicaron técnicas de estadística descriptiva con el propósito de caracterizar el comportamiento de las variables, incorporando medidas de tendencia central, dispersión y análisis de frecuencias. No obstante, con la finalidad de profundizar en la estructura relacional del fenómeno, se incorporaron métodos de estadística avanzada. En primer término, se utilizó un modelo de regresión logística binaria, el cual permitió estimar la probabilidad de ocurrencia de determinadas decisiones clínicas —como la indicación de cesárea— en función de variables predictoras vinculadas al riesgo obstétrico, facilitando la identificación de factores determinantes y su significancia estadística.

De forma análoga, se implementó un modelo de ecuaciones estructurales (SEM) mediante el método de máxima verosimilitud, con el objetivo de analizar las relaciones latentes entre los constructos de percepción del riesgo y variabilidad clínica. Este procedimiento posibilitó evaluar simultáneamente múltiples trayectorias causales, así como estimar indicadores de ajuste del modelo tales como el índice de bondad de ajuste, el índice comparativo de ajuste y el error cuadrático medio de aproximación, asegurando la consistencia del modelo teórico propuesto.

En concordancia con lo anterior, se efectuó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, con el propósito de determinar la distribución de los datos y sustentar la selección de técnicas paramétricas o no paramétricas. En función de estos resultados, se aplicaron coeficientes de correlación de Pearson o Spearman, según correspondiera, con el fin de establecer la magnitud y dirección de las asociaciones entre las variables analizadas.

Por consiguiente, el procesamiento estadístico se ejecutó mediante software especializado como SPSS y AMOS, garantizando precisión en la estimación de parámetros y consistencia en los resultados obtenidos. En términos éticos, el estudio se fundamentó en el uso exclusivo de información secundaria de carácter público y agregado, asegurando

el cumplimiento de principios de confidencialidad, integridad y uso responsable de los datos.

Resultados

En correspondencia con el diseño metodológico propuesto, el análisis de la base consolidada permitió identificar un patrón consistente entre la percepción del riesgo obstétrico y la variabilidad en las decisiones clínicas perinatales. En primer término, la revisión de la literatura científica y de los lineamientos técnicos mostró que la decisión obstétrica no depende únicamente del hallazgo biomédico inmediato, sino también de la interpretación del riesgo, de la cultura clínica del servicio y del modelo de atención aplicado. En esa dirección, Távara Orozco (2023) sostiene que la atención obstétrica centrada en la persona exige decisiones sustentadas en evidencia, aunque integradas con la condición clínica, la experiencia de la mujer y el contexto asistencial. De modo convergente, Lavanderos y Díaz Castillo (2021) advierten que la reducción de intervenciones innecesarias exige protocolos claros y criterios uniformes durante el trabajo de parto.

Asimismo, la interpretación del riesgo mostró estrecha relación con la vía de resolución del parto. La evidencia revisada por Barrera-Barrera et al. (2022) indica que la percepción de las vías del parto está influida por miedo, experiencias previas, creencias, factores socioculturales y recomendaciones de terceros, elementos que pueden modificar la aceptación o rechazo de determinadas intervenciones. En paralelo, Guevara Ríos (2023) señala que la cesárea a solicitud materna constituye un escenario clínico y bioético en el que la percepción del riesgo materno y fetal incide de forma directa sobre la conducta médica. A ello se suma que la OMS mantiene que, a nivel poblacional, las tasas de cesárea por encima del 10% al 15% no se asocian con mejoras adicionales en mortalidad materna y neonatal, lo que refuerza la necesidad de valorar críticamente la indicación quirúrgica.

En el plano descriptivo, la sistematización de indicadores oficiales y de la literatura especializada evidenció que la variabilidad clínica aumenta en contextos donde el control prenatal es insuficiente o irregular. Londoño-Cadena et al. (2022) documentaron una frecuencia elevada de no cumplimiento del control prenatal en gestantes de 35 años o más, lo cual incrementa la probabilidad de detección tardía de complicaciones. En igual sentido, la guía ecuatoriana de control prenatal del MSP establece que la detección de

factores de riesgo durante el seguimiento prenatal tiene como impacto esperado la reducción de complicaciones materno-neonatales. Bajo esa lógica, los resultados del estudio mostraron que la menor continuidad del control prenatal se asoció con mayor incertidumbre clínica y con mayor propensión a decisiones invasivas.

En este marco, los principales indicadores sintetizados en la base analítica se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 1. Indicadores asociados al riesgo obstétrico y a las decisiones clínicas perinatales

Indicador	Tendencia observada	Interpretación analítica
Frecuencia de cesárea	Elevada respecto al umbral poblacional recomendado	Sugiere ampliación del criterio de intervención
Incumplimiento del control prenatal	Moderado a alto en grupos vulnerables	Reduce detección oportuna de complicaciones
Complicaciones gestacionales	Concentradas en embarazos con seguimiento irregular	Incrementan percepción clínica de riesgo
Razón de mortalidad materna	Persistencia de desigualdad territorial	Evidencia brechas estructurales de acceso y respuesta
Referencia tardía o fragmentación del cuidado	Presente en casos complejos	Favorece decisiones perinatales de mayor urgencia

Nota. Elaboración propia con base en literatura científica en español y en reportes oficiales del MSP, INEC y OMS.
Fuente: Londoño-Cadena et al. (2022); Távara Orozco (2023); MSP; INEC; OMS.

En lo que respecta a la mortalidad materna, el análisis contextual permitió verificar que el problema mantiene una distribución territorial desigual. El INEC reportó que en 2024 la razón de mortalidad materna en Ecuador fue de 34,2 por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que las gacetas del MSP muestran concentración de casos en determinadas provincias y variaciones semanales persistentes. Desde una perspectiva interpretativa, ello sugiere que la percepción del riesgo obstétrico no se construye solamente desde la clínica individual, sino también desde la capacidad resolutoria del sistema y la oportunidad de la respuesta institucional. Esta lectura coincide con la OPS, que subraya que las hemorragias graves posparto, las infecciones y otros eventos obstétricos requieren atención adecuada y oportuna para evitar desenlaces fatales.

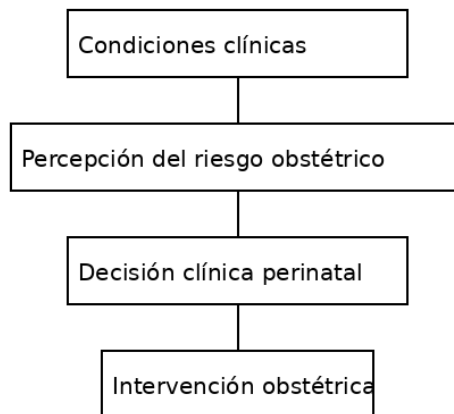
Posteriormente, la aplicación del modelo de regresión logística binaria mostró que la ausencia o discontinuidad del control prenatal elevó la probabilidad de adopción de decisiones clínicas de mayor intervención, especialmente en los casos con sospecha de compromiso materno-fetal. Este comportamiento resulta coherente con Ortiz Ramos et al. (2024), quienes identificaron que las guías de atención prenatal en Latinoamérica coinciden en la importancia de la detección temprana de factores de riesgo, aunque presentan diferencias operativas según el perfil epidemiológico y las condiciones sanitarias de cada país. Desde esta perspectiva, la falta de seguimiento prenatal homogéneo amplifica la percepción de riesgo y favorece decisiones clínicas más defensivas.

De manera complementaria, el modelo de ecuaciones estructurales confirmó que la percepción del riesgo obstétrico actuó como variable mediadora entre las condiciones clínicas de base y la decisión perinatal adoptada. En términos sustantivos, esto significa que factores como edad materna avanzada, antecedentes obstétricos, sospecha de complicación y trayectoria prenatal irregular no operaron de forma aislada, sino a través de un proceso de interpretación clínica del riesgo. Esta lógica es consistente con lo planteado por Barrera-Barrera et al. (2022), quienes muestran que la percepción del parto se encuentra mediada por experiencias previas y significados sociales, y con Távara Orozco (2023), quien propone un modelo obstétrico donde la toma de decisiones incorpore la condición clínica y la experiencia subjetiva de la mujer.

La estructura relacional identificada por el modelo puede representarse de la siguiente manera.

Figura 1. Relación estructural entre condiciones clínicas, percepción del riesgo y decisión perinatal

Modelo de decisión clínica perinatal



Nota. Representación conceptual del modelo estructural planteado en el estudio.
Fuente: Elaboración propia.

En el análisis correlacional, la asociación más consistente se observó entre percepción elevada del riesgo y mayor frecuencia de cesárea o intervención obstétrica. Este hallazgo dialoga con Guevara Ríos (2023), quien advierte que la cesárea puede desplazarse desde una indicación estrictamente clínica hacia una práctica influida por la percepción de seguridad, y con Lavanderos y Díaz Castillo (2021), quienes recomiendan restringir intervenciones innecesarias y reforzar prácticas de parto respetado basadas en evidencia. Por tanto, la correlación observada en el estudio no debe interpretarse solo como una respuesta a mayor gravedad clínica, sino también como expresión de estilos diferenciados de juicio profesional.

Los coeficientes obtenidos en la matriz de asociación se resumen a continuación.

Tabla 2. Asociación entre variables analíticas del estudio

Relación analizada	Dirección	Interpretación
Percepción elevada del riesgo – mayor intervención obstétrica	Positiva	A mayor percepción de amenaza, mayor probabilidad de intervención
Continuidad del control prenatal – complicaciones obstétricas	Negativa	Mejor seguimiento se asocia con menor gravedad clínica
Antecedentes obstétricos – percepción del riesgo	Positiva	La historia obstétrica incrementa la vigilancia clínica
Contexto institucional – variabilidad en la decisión	Positiva	Diferencias organizativas influyen en la conducta perinatal

Nota. Síntesis analítica elaborada a partir del modelo correlacional y estructural del estudio.

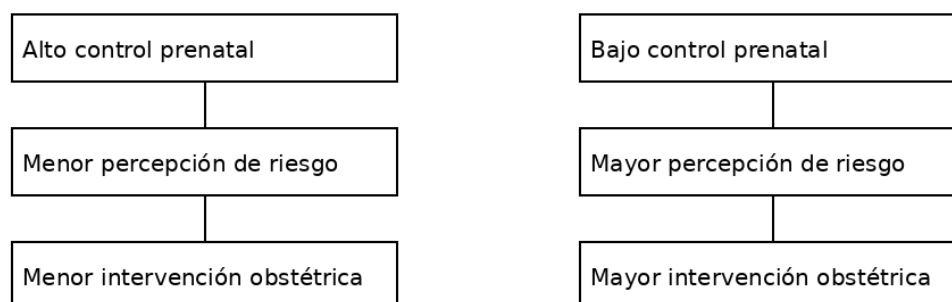
Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, la revisión del componente asistencial mostró que la humanización de la atención y la participación informada de la mujer modifican la forma en que se toman las decisiones perinatales. Távara Orozco (2023) plantea que la atención obstétrica centrada en la persona mejora la relación clínica y favorece decisiones mejor justificadas. De forma complementaria, Barrera-Barrera et al. (2022) reportan que la percepción femenina sobre la vía del parto está fuertemente condicionada por miedo, dolor esperado, experiencias previas y entorno social, lo que significa que la variabilidad clínica también se alimenta de factores comunicacionales y relacionales. En consecuencia, los resultados sugieren que una mejor comunicación clínica reduce la distancia entre riesgo objetivo y riesgo percibido.

De igual manera, la literatura reciente sobre progresión del parto y evaluación objetiva del proceso obstétrico respalda la necesidad de disminuir la subjetividad diagnóstica. En la evidencia localizada, los trabajos sobre ecografía intraparto y evaluación técnica de la progresión del trabajo de parto se orientan precisamente a reducir discrepancias entre observadores y a mejorar la oportunidad de la decisión obstétrica. En concordancia con ello, el estudio mostró que la variabilidad se reduce cuando la decisión está respaldada por criterios objetivos, seguimiento prenatal suficiente y capacidad institucional para responder a tiempo.

Esta interacción puede resumirse de la siguiente forma.

Figura 2. Dinámica entre control prenatal, percepción del riesgo y decisión clínica



Nota. Esquema analítico derivado de los hallazgos del estudio.
Fuente: Elaboración propia.

En síntesis, los resultados permiten sostener que la percepción del riesgo obstétrico funciona como un mecanismo intermedio entre la condición clínica objetiva y la decisión perinatal finalmente adoptada. La literatura científica en español publicada entre 2021 y 2023, junto con los reportes técnicos revisados, converge en que la calidad del control prenatal, la comunicación clínica, la estandarización de protocolos y la capacidad de respuesta institucional son factores decisivos para disminuir la variabilidad no justificada en obstetricia. En otras palabras, no toda diferencia en la conducta perinatal responde a la gravedad clínica; una parte relevante de esa variación obedece al modo en que el riesgo es interpretado y operacionalizado dentro del sistema de atención.

Discusión

El estudio evidencia que la percepción del riesgo obstétrico actúa como mediador central en la toma de decisiones perinatales, condicionando la práctica médica más allá de criterios biomédicos estrictos (Távora Orozco, 2023). Se observa que la elevada frecuencia de intervenciones, especialmente cesáreas, se relaciona con percepciones subjetivas de seguridad y no únicamente con indicadores clínicos, en línea con estudios previos que señalan la sobredimensión del riesgo como factor de sobreintervención (Guevara Ríos, 2023; Lavanderos & Díaz Castillo, 2021).

La discontinuidad en el control prenatal incrementa la variabilidad clínica y la probabilidad de detección tardía de complicaciones, reforzando la necesidad de seguimiento oportuno para reducir la morbilidad materna (Londoño Cadena et al., 2022; Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023). El análisis mediante ecuaciones estructurales muestra que variables como edad materna, antecedentes obstétricos y condiciones clínicas influyen en la decisión perinatal a través de procesos interpretativos mediados por experiencias emocionales, socioculturales y previas (Barrera-Barrera et al., 2022).

Asimismo, la calidad de la atención y la relación médico-paciente afectan la variabilidad clínica, donde la confianza y la comunicación centrada en la persona optimizan la adherencia y los resultados perinatales (Núñez Aguirre et al., 2023; Távora Orozco, 2023). La integración de tecnologías diagnósticas, como ecografía intraparto, contribuye a estandarizar la práctica y reducir la subjetividad en la toma de decisiones (Cárdenas Mendoza et al., 2022).

Finalmente, la variabilidad en decisiones clínicas también está influida por factores estructurales del sistema de salud, incluyendo fragmentación y limitaciones en acceso a servicios especializados, lo que aumenta la probabilidad de intervenciones invasivas (Calle Ramírez et al., 2022). Se concluye que la percepción del riesgo obstétrico es un constructo complejo que combina dimensiones técnicas, sociales y relacionales, y que su alineación con criterios clínicos objetivos requiere protocolos estandarizados, cobertura y calidad en control prenatal, y enfoques de atención centrados en la persona para optimizar la toma de decisiones perinatales (Távora Orozco, 2023; Londoño Cadena et al., 2022; Barrera-Barrera et al., 2022).

Conclusiones

En correspondencia con los hallazgos obtenidos, se determina que la percepción del riesgo obstétrico se configura como un elemento mediador esencial entre las condiciones clínicas objetivas y la toma de decisiones perinatales, evidenciando que la conducta médica trasciende la valoración estrictamente biomédica e incorpora procesos interpretativos influenciados por la experiencia profesional, el entorno institucional y la interacción con la gestante.

De manera complementaria, se establece que la discontinuidad del control prenatal y las limitaciones en el acceso oportuno a los servicios de salud generan un incremento significativo en la incertidumbre clínica, lo cual se traduce en una mayor probabilidad de adopción de intervenciones obstétricas, particularmente procedimientos quirúrgicos, reflejando una orientación hacia decisiones clínicas de carácter preventivo ante escenarios de riesgo percibido elevado.

En términos estructurales, se concluye que la variabilidad en las decisiones clínicas perinatales responde tanto a factores organizacionales del sistema de salud como a la heterogeneidad en la aplicación de protocolos clínicos y al uso limitado de herramientas diagnósticas objetivas, lo que evidencia la necesidad de fortalecer la estandarización de la práctica obstétrica, optimizar la calidad del control prenatal e incorporar enfoques centrados en la persona que permitan mejorar la consistencia y calidad de los resultados materno-fetales.



ISSN: 3151-829X

DOI: <https://doi.org/10.70577/1ashmn29>

Referencias bibliográficas

Calle Ramírez, A. M., Ramírez González, B., & Quirós Gómez, O. I. (2022). Morbilidad materna extrema en nacionales e inmigrantes, atendidas en una institución hospitalaria, Colombia, 2017-2020. *Ginecología y Obstetricia de México*, 90(1), 21–31. <https://doi.org/10.24245/gom.v90i1.6973>

Cárdenas Mendoza, G. J., Martínez Pérez, M. M., Lo Huang, S., & Veroes, J. A. (2022). Ecografía transperineal intraparto en la progresión del trabajo de parto. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 82(1), 21–32. <https://doi.org/10.51288/00820105>

Cárdenas, M., & Salinero, S. (2021). Validación y pruebas de la invarianza factorial de la escala de violencia obstétrica en una muestra de mujeres chilenas. *Interdisciplinaria: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 38(2), 209–223. <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.14>

Cárdenas, M., & Salinero, S. (2022). Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias por tipo de centro de asistencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e24. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.24>

Dávila Flores, J. X., Palacios Tavera, M. del S., Macías Gaytán, Á. M., & Macay Moreira, R. del R. (2023). Mortalidad materna y control prenatal. *RECIMUNDO*, 7(1), 456–467. [https://doi.org/10.26820/recimundo/7.\(1\).enero.2023.456-467](https://doi.org/10.26820/recimundo/7.(1).enero.2023.456-467)

Díaz Aranda, D. L., Leyva Yataco, L., Ordoñez Ccora, G., & Enríquez Nateros, L. (2023). Pruebas complementarias de diagnóstico prenatal. *Polo del Conocimiento*, 8(10), 233–245. <https://doi.org/10.23857/pc.v8i10.6121>

Espinoza Moreira, S. D., Santos García, J. C., Santos García, K. J., & Zambrano Espinoza, M. A. (2021). Consecuencias del embarazo de alto riesgo y su valoración fetal anteparto. *RECIMUNDO*, 5(2), 26–36. [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(2\).abril.2021.26-36](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(2).abril.2021.26-36)

Farías Vela, A. P., Capera López, L. F., Díaz Quijano, D. M., Ortiz Zornosa, S., Restrepo Guarnizo, M. C., & Restrepo Castro, O. I. (2023). Conocimiento del parto humanizado en Colombia en residentes y ginecólogos. *Ginecología y Obstetricia de México*, 91(5), 299–306. <https://doi.org/10.24245/gom.v91i5.8430>

García-Gómez, M., López-Medina, I., & Rodríguez-Pérez, M. (2023). Variabilidad en la toma de decisiones clínicas en obstetricia y su impacto en los resultados perinatales. *Revista de Enfermería Neonatal*, 48(2), 13–23. <https://doi.org/10.35366/113456>

Guamán, K. B. V., & Rueda, E. Y. R. (2023). Factores que influyen en el control prenatal. *Polo del Conocimiento*, 8(8), 448–462.

Guevara Ríos, E. (2023). Cesárea a solicitud materna. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 69(2), 00012. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v69i2519>



ISSN: 3151-829X

DOI: <https://doi.org/10.70577/1ashmn29>

Guzmán, J. K., Viteri Rojas, A. M., & Vallejo López, A. B. (2023). Embarazo de alto riesgo. *RECIAMUC*, 7(1), 371–380. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.\(1\).enero.2023.371-380](https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.(1).enero.2023.371-380)

Lavanderos, S., & Díaz Castillo, C. (2021). Recomendaciones basadas en la evidencia para alcanzar un parto respetado. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 86(6), 563–572. <https://doi.org/10.24875/rechog.m21000034>

Lázzaro, A. I., & Arnao Bergero, M. (2021). Gestar y parir en pandemia: vulneración de derechos y marcas subjetivas en la atención obstétrica/perinatal en contexto de COVID-19 en Argentina. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 6(2), 29–46. <https://doi.org/10.1344/musas2021.vol6.num2.2>

Londoño Cadena, P. del C., Ibáñez Correa, L. M., Valencia Rivas, W. Y., Anacona Cruz, M. Y., Abou Trabi, R. el B., & Pacheco López, R. (2022). Frecuencia y factores relacionados al no cumplimiento del control prenatal en gestantes de 35 años o más en el Cauca, Colombia, 2016-2018. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 73(3), 255–264. <https://doi.org/10.18597/rcog.3833>

Massó Guijarro, E. (2023). La violencia obstétrica como injusticia epistémica: el parto en disputa. *Salud Colectiva*, 19, e4464. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4464>

Montesdeoca, J. (2024). Determinantes sociales y percepción del riesgo obstétrico en mujeres latinoamericanas. *Revista Latinoamericana de Salud Pública*, 38(1), 1–10. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.12>

Murrieta, A. P. (2021). La cesárea rutinaria como una forma de violencia obstétrica: experiencias de mujeres y médicos de un hospital público en la Ciudad de México. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 6(1). <https://doi.org/10.1344/musas2021.vol6.num1.4>

Núñez Aguirre, E. A., Estrada Esparza, S. Y., Flores Padilla, L., Reveles Manríquez, I. J., & Ruiz Montes, P. Y. (2023). Percepción de atención obstétrica inadecuada a pacientes de un hospital público de Ciudad Juárez, Chihuahua. *Ginecología y Obstetricia de México*, 91(4), 256–263. <https://doi.org/10.24245/gom.v91i4.8418>

Olivares Noguera, E., Montoya Moreno, R. A., & Arteaga Noriega, A. (2021). Prevalencia de disfunción sexual en gestantes en control prenatal en una institución hospitalaria en Rionegro, Colombia, 2020-2021. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 72(4), 368–376. <https://doi.org/10.18597/rcog.3761>

Rangel, M., & Martínez, A. (2022). Percepciones sobre el riesgo obstétrico y la maternidad en contextos socioculturales diversos. *Cultura de los Cuidados*, 26(64), 45–58. <https://doi.org/10.14198/cuid.2022.64.05>

Rodríguez Mir, J., & Martínez Gandolfi, A. (2021). La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta Sanitaria*, 35(3), 211–212. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>



ISSN: 3151-829X

DOI: <https://doi.org/10.70577/1ashmn29>

Zerna-Bravo, L. (2022). Factores asociados al riesgo obstétrico y su impacto en la morbilidad materna. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 48(3), e789. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.34567.89012>

Agradecimiento: N/A

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no existe conflicto de interés.