



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

CONTROL PRENATAL: INFLUENCIA DE EDAD, NIVEL DE INSTRUCCIÓN, SITUACIÓN DE PAREJA. POLICLÍNICA DE COLÓN. ENERO-MAYO 1999

AUTORES:

Br. Aguirrezabala, Laura
Br. Avellaneda, Ivana
Br. Bracco, Pierina
Br. Consul, Andrea
Br. Mongelos, Pamela
Br. Obispo, María

TUTOR:

Lic. Enf. Crosa, Silvia

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 1999

AGRADECIMIENTOS.

*A TODO EL PERSONAL DE LA POLICLÍNICA DE COLÓN, ESPECIALMENTE A LA LICENCIADA EN ENFERMERÍA
MARGARITA GARAY.*

*A TODOS LOS PROFESIONALES DE DIVERSAS INSTITUCIONES QUE CONTRIBUYERON DE ALGUNA
MANERA.*

*AL PERSONAL DE DIVISIÓN SALUD/UNIDAD ESTADÍSTICA INTENDENCIA
MUNICIPAL DE MONTEVIDEO*

A FAMILIARES Y AMIGOS QUE NOS BRINDARÓN SU APOYO.

INDICE.

<i>INTRODUCCIÓN</i>	<i>1</i>
<i>MARCO TEÓRICO</i>	<i>2</i>
<i>MARCO REFERENCIAL</i>	<i>9</i>
<i>JUSTIFICACIÓN DEL TEMA</i>	<i>11</i>
<i>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</i>	<i>12</i>
<i>RESULTADOS</i>	<i>15</i>
<i>ANÁLISIS Y COMENTARIOS</i>	<i>19</i>
<i>CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS</i>	<i>21</i>
<i>REFERENCIAS</i>	<i>22</i>
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	<i>22</i>
<i>ANEXOS</i>	<i>24</i>

INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo fue realizado por seis estudiantes del Instituto Nacional de Enfermería (I.N.D.E.), cumpliendo requisitos curriculares de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El tema es: "Influencia de edad, nivel de instrucción, situación de pareja en el control prenatal precoz y tardío", ya que se detectó un alto porcentaje de control prenatal tardío en el Uruguay, según cifras obtenidas del Sistema Informático Perinatal(1), entrevistas realizadas a diversos profesionales(2), también nos basamos en un estudio realizado en el Hospital Pereira Rossell(3) en el año 1992, donde se llega a la conclusión, que las variables mencionadas anteriormente influyen en la concurrencia tardía de la embarazada a control.

Esta investigación se llevó a cabo en la Policlínica de Colón, dependiente de la Intendencia Municipal de Montevideo (I.M.M.), ubicada en la Avenida Eugenio Garzón 2101, donde se desconocía la influencia de éstas tres variables.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo, de corte transversal.

El cual fue aplicado en el período comprendido entre el 15 y el 30 de julio de 1999, se realizó una revisión de Historias Clínicas, del total de las embarazadas atendidas en el período comprendido de enero a mayo de 1999. De donde se obtuvo la caracterización de la población según las variables mencionadas anteriormente; encontrándose como dato más relevante un alto porcentaje de control prenatal tardío.

MARCO TEÓRICO.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a la Salud Reproductiva como "estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción".

El concepto de salud reproductiva fue formulado desde la historia antigua de la humanidad, se puede resumir en la frase: "padres saludables es igual a hijos saludables".

En un inicio y por muchos siglos, la mujer embarazada recibió atención sólo en el momento del parto, con la creencia de que esto era suficiente. Con el transcurso del tiempo, esta concepción fue modificada y es recién en el siglo XIX que muchos médicos señalaron la importancia del cuidado prenatal.

En los últimos años se ha señalado que el cuidado debe empezar en la etapa preconcepcional, es decir antes de que la mujer se embarace, si es que se desea hacer una labor realmente preventiva.

Por lo tanto el concepto de Salud Reproductiva comprende la atención preconcepcional, donde los cuidados deben estar dirigidos tanto a la futura madre, como al padre, la atención prenatal, la atención del parto, del recién nacido y la atención neonatal precoz.

Entendiendo que la Salud Reproductiva incluye el control prenatal se cita la definición de embarazo ya que la misma es uno de los pilares principales para el entendimiento del tema a investigar.

EMBARAZO (4): gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno, abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, pasando por los periodos embrionario y fetal. Dura unos 266 días (38 semanas) a partir de la fecundación pero en la clínica se toma como fecha de partida el día de comienzo de la última menstruación y se considera que se prolonga durante 280 días (lo que equivale a 40 semanas $\pm$ 2, o bien 10 meses lunares, o 9 meses y un tercio del calendario).

Con el embarazo se producen una serie de modificaciones anatómicas y funcionales que abarcan a casi todos los órganos y sistemas. Estos cambios representan la respuesta del organismo materno a una adaptación y mayor demanda metabólica impuestas por el feto. Los cambios que se producen con el embarazo varían generalmente en un sentido u otro, para desaparecer algunos después del parto, mientras otros lo hacen gradualmente durante el puerperio. Dichos cambios se producen en: aspecto general, actitud, marcha, peso, temperatura, piel, tejido celular, músculos, huesos, articulaciones, volumen sanguíneo, aparato respiratorio, aparato cardiovascular, urinario, digestivo, nervioso, reproductor.

Para establecer o confirmar el diagnóstico de embarazo se tienen en cuenta una serie de signos y síntomas que se dividen en tres categorías (5):

1. **signos presuntivos** que sugieren embarazo.
2. **signos probables** sugieren la eminencia de embarazo.
3. **signos positivos** que constituyen pruebas definitivas de la gravidez

SIGNOS PRESUNTIVOS:

Amenorrea: es la ausencia de la menstruación, frecuentemente es el primer signo que alerta a la mujer de su posible embarazo.

Náuseas con o sin vómitos: suelen iniciarse entre las cinco y doce semanas, no persiste después de la semana dieciséis, son más comunes por la mañana, suele denominarse "enfermedad matutina".

Cambios en los senos: suelen notarse tempranamente, se aprecia sensación de hormigueo, pesantez, dolor, aumento de la sensibilidad, oscurecimiento de la pigmentación del pezón y de la areola, al segundo mes los senos comienzan a aumentar de tamaño.

Aumento de la frecuencia urinaria: la presión del útero en crecimiento sobre la vejiga produce un aumento en la frecuencia de la micción.

Primeros movimientos fetales: son leves y vibratorios por lo que a veces pueden confundirse con los movimientos activos de gas dentro del intestino.

SIGNOS PROBABLES:

Aumento de tamaño uterino: se debe al crecimiento del feto y la placenta lo que incrementa el tamaño del útero y del abdomen.

Signo Hegar: se manifiesta cuando hay reblandecimiento del segmento uterino inferior (istmo del útero).

Signo de Goodell: se refiere al reblandecimiento del cuello uterino a las ocho semanas de embarazo.

Signo de Chadwick: aparece entre la semana ocho y la doce, es el cambio de color de la mucosa vaginal, de azulado a púrpuro, esto se debe a una mayor vascularidad o congestión pélvica ocasionada principalmente por incremento de los estrógenos.

Peloteo: es un rebote del feto contra los dedos del examinador después que es impulsado hacia arriba en la vagina o en el abdomen, puede apreciarse del cuarto a quinto mes de embarazo cuando el feto es pequeño en comparación con el volumen del líquido amniótico.

Contracciones de Braxton-Hicks: se inician tempranamente en el embarazo, hacia la duodécima semana, están presentes durante toda la gestación y van haciéndose menos apreciables con la evolución del embarazo, suelen sentirse como un endurecimiento que cruza el abdomen.

Pruebas de Embarazo: son confiables en el noventa a noventa y ocho por ciento de las veces, cuando se practican en forma corriente. Se basan en la presencia de Gonadotropina Coriónica Humana en la sangre y suero sanguíneo, aparece en la orina o sangre de diez a doce días después de la concepción, alcanza su nivel más elevado a las doce semanas, hacia la semana veinte declina rápidamente.

SIGNOS POSITIVOS O CERTEROS:

Ruidos cardíacos fetales: pueden escucharse con el dispositivo Doppler hacia las diez a doce semanas. La frecuencia fetal es de ciento veinte a ciento sesenta latidos por minuto.

Movimientos fetales: la presencia de movimientos fetales activos por medio de palpación es diagnóstico de embarazo. La actividad fetal se aprecia hacia las dieciocho a veinte semanas de gestación.

Ultrasonografía: puede detectar el saco gestacional de seis a ocho semanas después del último período menstrual normal.-

CONTROL PRENATAL

Para favorecer un adecuado desarrollo del embarazo se recomienda realizar el **Control Prenatal** en forma precoz ya que es una de las actividades básicas del Programa Maternal, integrándose como acción de promoción a la salud y protección específica, correspondientes a la prevención primaria.

A continuación definiremos algunos de los conceptos mencionados anteriormente:

Prevención: "conjunto de acciones destinadas a disminuir la incidencia de la enfermedad en una población, reduciendo el riesgo de aparición de nuevos casos" (O.M.S.). Estas acciones preventivas están orientadas a mantener al individuo en salud. Las acciones que integran la prevención primaria son: la promoción a la salud y la protección específica.

Promoción a la salud: conjunto de actividades dirigidas a las personas y al medio, favoreciendo el desarrollo de la salud, y dirigidas a lograr un mejoramiento del nivel de vida del individuo, familia y comunidad (como por ej. educación sanitaria, control periódico de salud, etc.).

Protección específica: conjunto de actividades orientadas a evitar la enfermedad interceptando las causas o aumentando las defensas del individuo (por ej. Inmunizaciones, control prenatal, refuerzo alimenticio, etc.).

Se entiende por **Control Prenatal** a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

Con el control prenatal se persigue (7):

- ❖ Evaluar y controlar el desarrollo de la gestación.
- ❖ Prevenir complicaciones maternas y perinatales
- ❖ Detectar y tratar patologías concomitantes.
- ❖ Contribuir a la disminución de la tasa de morbilidad materna y perinatal en la población atendida.
- ❖ Fortalecer la relación temprana madre-hijo y la preparación para asumir el rol materno.
- ❖ Establecer un espacio a través de la consulta, en donde la embarazada pueda explicitar sus dudas y temores.
- ❖ Identificar necesidades y problemas de la embarazada que requieran:
 - a)- elaboración conjunta de un programa educativo.
 - b)- seguimiento a domicilio.

Para el cumplimiento de dichos objetivos, se delimitan una serie de objetivos específicos que se satisfacen con actividades (ver anexo N°1)

Para que un Control Prenatal sea eficiente debe cumplir con los siguientes requisitos:

Precoz: La primera visita debe realizarse temprano, en lo posible durante el primer trimestre de gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir. Así es posible realizar acciones oportunas tales como el tratamiento de patologías, la recuperación nutricional, indicar la restricción de los esfuerzos

físicos, de la exposición a tóxicos ambientales, reducción o suspensión del hábito de fumar, del consumo de bebidas alcohólicas, medicamentos y drogas no esenciales.

Completo: Debe incluir todos los recursos semiológicos (Anamnesis, examen físico general, examen gineco- obstétrico) y exámenes complementarios (examen de laboratorio, exámenes ecográficos), con la derivación oportuna a otros profesionales, como: nutricionista, odontólogo, etc.

Periódico: La frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que presenta la embarazada. Las de bajo riesgo requieren un número menor de controles que las de alto riesgo. Hasta el momento no ha sido acordado aún cual debería ser el número mínimo de controles recomendados. En Uruguay el Ministerio de Salud Pública recomienda la realización de más de diez controles durante el embarazo.

Adecuado: realizado en el nivel de atención correspondiente a la situación de riesgo que se presente.

Educativo: Cada visita de control debe incluir aspectos educativos referentes a las dudas, problemas e intereses que se expresen, el trimestre de embarazo que cursa e información sobre el desarrollo de las próximas semanas de gestación.

Participativo: Se debe crear un espacio donde la embarazada se sienta protagonista de su control, comprometiéndose a asumir aquellas actividades en las cuales se sienta capacitada.

Amplia Cobertura: En la medida que el porcentaje de población controlada es más alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas), mayor será el impacto positivo sobre la morbilidad materna y perinatal.

En general para realizar un control prenatal efectivo, de por sí ambulatorio, no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados ni laboratorios sofisticados pero sí se requiere el uso sistemático de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente, dicha historia clínica se confeccionará desde la primera visita (ver anexo N°2).

En este primer control se realizará: Anamnesis del presente embarazo incluyendo la fecha de la última menstruación, así como las dudas de la misma. Antecedentes obstétricos: gestación, partídam, momento y forma de terminación de otros embarazos. Peso, salud de los recién nacidos, puerperio y lactancia. Antecedentes personales, familiares y conyugales. Examen físico general y obstétrico de la usuaria. Al concluir esta primera entrevista deberán ser solicitados los exámenes de laboratorio, (hemograma con hematocrito, orina, proteinuria, glucosa, glicemia, pruebas serológicas de sífilis, grupo sanguíneo, RH y crasis sanguínea). Se recomienda investigar toxoplasmosis, citomegalovirus y enfermedad de Chagas en la embarazada que vive en las zonas de mayor riesgo.

La frecuencia con que se realizan los Controles Prenatales siguientes será:

- ❖ Mensualmente, durante las veintiocho semanas
- ❖ Quincenal, de las veinticuatro hasta las treinta y seis semanas.
- ❖ Semanal, desde la semana treinta y seis hasta el parto.

En éstos se tendrá en cuenta: la historia clínica realizada en el primer control. Se evaluarán los análisis de laboratorio. Se controlará peso, pulso y presión arterial. Se detectará aparición de los movimientos fetales o presencia y desaparición de los mismos, hemorragias, amenaza de parto prematuro, infección urinaria o elementos de toxemia gravídica... Se requiere análisis de laboratorio especialmente examen de

CONTROL PRENATAL

orina en todas las consultas y detección de sífilis. También se debe administrar la vacuna antitetánica a partir de la semana 30 y antes de la 32. (ver anexo N°3).

La participación de la Enfermera Comunitaria (según definición elaborada por el Departamento de Enfermería Comunitaria: "Las o la Enfermera Comunitaria es el profesional responsable que investigando en conjunto con la población, conoce las necesidades de atención a la salud. Posee los conocimientos, habilidades y técnica, así como la actitud apropiada para atender en los lugares donde viven, trabajan, estudian, donde se fusionan o en las instituciones sanitarias, cuando fuese preciso, desde una concepción de la Enfermera como miembro del equipo multidisciplinario que trabaja en coordinación con otras instituciones y sectores, realizando las funciones de asistencia, docencia e investigación, fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los propios involucrados"); en esta primera visita se realiza un interrogatorio de donde se obtendrá datos sobre:

- ✓ Identificación de la pareja.
- ✓ Estado socioeconómico.
- ✓ Antecedentes familiares.
- ✓ Antecedentes personales.
- ✓ Antecedentes obstétricos.
- ✓ Datos del embarazo actual.

Posteriormente se procederá al examen físico, el cual se realizará con el fin de evaluar el estado general de la gestante y presencia o no de patología en curso. Se realizará mediante la observación, medición, palpación, auscultación e inspección.

Se prepara a la usuaria para el examen gineco-obstétrico. Se brindará educación para la salud teniendo en cuenta dudas, problemas, intereses de la embarazada y la familia. Se estimulará a la embarazada para que mantenga durante todo el desarrollo del embarazo, una continuidad en los controles y una comunicación fluida con el equipo de salud.

La Enfermera deberá orientar a la usuaria con relación a los objetivos, características y referencias del servicio de laboratorio.

En los Controles Prenatales siguientes, una vez obtenida y leída la historia clínica abierta en el primer control se realizará un interrogatorio que oriente a la pesquisa de algún problema, duda o síntoma que haya surgido en el período comprendido entre la visita anterior y la actual. Se leerán y evaluarán los exámenes solicitados en el control anterior, examen físico general, gineco-obstétrico y odontológico, donde se detectará la necesidad de asistencia durante todo el transcurso del embarazo.

Con respecto a la educación para la salud es conveniente adelantar la información de los cambios en su cuerpo, posibles alteraciones normales en el embarazo que le irán ocurriendo en el desarrollo del período gravídico.

CONTROL PRENATAL TARDÍO: Es aquel que se realiza después del primer trimestre de embarazo; lo que trae como consecuencia no poder detectar complicaciones y patologías maternas y perinatales precozmente para poder tratarlas, tampoco se logra investigar tempranamente la tasa de morbilidad materna y perinatal con el fin de disminuirla; Puede surgir también en la embarazada falta de información oportuna sobre la etapa que está cursando que puede llevar a un aumento de los factores de riesgo.

CONTROL PRENATAL

Al realizar la recopilación de datos sobre el Control Prenatal Tardío en Latinoamérica nos encontramos que no existen registros del total de los países que la forman.

Encontramos datos de instituciones de diversos países como (ver anexo 4):

Brasil, Sao Paulo, Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" donde la concurrencia al Control Prenatal en el primer trimestre es de un 35% y en el segundo y tercero es de un 65%. (ver anexo 4/1).

En Paraguay año 1993 concurrieron a Control en el primer trimestre un 7,1%, en el segundo y tercero asciende a un 50,1% y sin fecha tenemos un 42,8% (ver anexo 4/2).

En Belice las cifras de Control en el año 1997 ascendían en el primer trimestre a un 12,3%, en el segundo y tercero a un 87,7% (ver anexo 4/3).

En Argentina, Santa Fe, en el año 1997 el Control Prenatal antes de la semana veinte fue de un 34% (ver anexo 4/4). En este trabajo vemos también que de las embarazadas utilizadas como muestra un 51% tienen un nivel primario de educación, un 46% con nivel secundario y un 2% terciario.

En el ámbito de Uruguay año 1995 las cifras ascienden a un 62% del total de las embarazadas(1).

En Montevideo a nivel público y privado la cifra relevante es la del Hospital de Clínicas con un 78% (ver anexo 5).

En el Interior del País a nivel público y privado se destaca el departamento de Soriano con un 71%.

En la Policlínica de Colón en 1998 asciende a un 69%(8).

Obtuvimos también datos de diversos centros (2) a través de entrevistas a diferentes profesionales los cuales confirman el alto porcentaje de Control Prenatal Tardío.

Consideramos importante agregarle a este Marco Teórico una breve síntesis del artículo publicado por la Revista Médica del Uruguay(3), titulado "Factores que influyen en la concurrencia al control prenatal en Montevideo, Uruguay".

"El objetivo de este estudio fue determinar la proporción de concurrencia a los controles prenatales en Montevideo a nivel del sector Salud Pública y establecer cuáles eran las barreras para la concurrencia a dicho control, siendo el control prenatal un elemento importante en la disminución de la morbilidad perinatal y materna.

Para ello se realizó una encuesta a 220 puerperas en la Clínica Ginecológica "A" del Hospital Pereira Rossell entre el 17 de enero de 1990 y el 14 de marzo de 1990.

Las preguntas realizadas se referían a factores que podían tener influencia en la participación a los controles, los mismos fueron nombrados en publicaciones extranjeras o detectados como de importancia para Montevideo en un estudio piloto realizado previo a este trabajo.

Los resultados del estudio establecen que de 220 puerperas encuestadas 30% no concurrieron al control prenatal habiéndolo realizado en una o más oportunidades el restante 70%. El promedio de controles fue de 5,4 por embarazo.

Se encontraron para aquellos pacientes que no participaron en los controles los siguientes factores como estadísticamente significativos: primaria incompleta, soltera sin pareja estable, sin carné de asistencia, desconocimiento del plan del Instituto Nacional de Alimentación (INDA).

CONTROL PRENATAL.

Comparando los resultados obtenidos con los de otras regiones, se encuentran barreras similares. Pero hay otras en las que juegan un papel importante factores locales.

Parecería posible elevar la tasa de concurrencia a los controles prenatales con un cambio en la estructura organizativa de las policlínicas y una política de información que considere las particularidades específicas de Montevideo.

MARCO REFERENCIAL

Consideramos relevante realizar una breve síntesis del diagnóstico de situación del lugar donde nos insertamos para realizar la investigación.

POLICLINICA DE COLON

Se encuentra ubicada en el centro de la zona más poblada de Colón exactamente en Avenida Eugenio Garzón 2101 esquina Camino Cólman.

Su equipo multidisciplinario consta de los siguientes integrantes: Administrativos, Auxiliar de Servicio, Auxiliares de Enfermería, Practicantes Internos, Licenciados en Enfermería, Odontólogo, Médicos Pediatras, Ginecólogos y Medicina General, Asistente Social y Psicólogo.

La policlinica desarrolla los siguientes programas: Programa de Atención Integral a la Mujer (PAIM). Programa de Atención Integral a la Población Adulta. Atención Integral a la Familia. Programa de Atención Ambiental. Programa de Atención al Niño. Programa de Salud Mental. Programa de Atención Integral a la Salud Bucal.

Características de la población: según el Censo Nacional del año 1995, la población de la zona N°12 es de 58.429 habitantes, la distribución por sexo corresponde a un 48.7% para hombres y un 51.3% para las mujeres. La población de ésta zona es mayoritariamente joven y la variación de cantidad entre niños y adolescentes es mínima.

Niños 17.48% (0-9 años).

Adolescentes 17.15% (10-19 años).

Adulto joven 14.9% (20-30 años).

Adulto 8.3% (30-59 años).

Ancianos 2.2% (60 en adelante).

Analizando los datos mencionados anteriormente vemos que Colón muestra una marcada diferencia con respecto a las características de la población del país (mayoritariamente adulto mayor).

La cobertura de salud de la Población está dada mayoritariamente por mutualistas (48%), predominando dentro de éstas las afiliaciones por DISSE. También es elevado el porcentaje de personas que se atienden por el MSP (31%).

Según datos aportados por la coordinadora de la policlinica de la IMM, la población que se atiende en la misma es de un 25% aproximadamente tomando como total a 80.000 habitantes (población estimada que cubre IMM.-Pol. Colón).

Dentro de éste 25% se incluyen personas que tienen cobertura de salud (ya sea mutualista o Ministerio de Salud Pública (MSP) y los que no tienen), de estos datos se deduce que es elevado el número de persona que debe atender la policlinica de la IMM, ya que no cuenta con la cantidad de personas necesarias ni con la infraestructura adecuada, haciendo deficitario el desarrollo de los programas establecidos, según datos obtenidos del Servicio de Atención a la Salud (SAS), concurrieron al Control Prenatal en el año 1998, 120 nuevos casos de embarazadas.

Programa de salud: Se puede destacar que siendo la educación uno de los pilares de Atención Primaria de Salud, (APS) consideramos que la realizada en la policlinica es mayoritariamente incidental, no se cumple la educación programada en todas sus fases, es notorio el esfuerzo que realiza el equipo para llevar adelante los programas establecidos y cumplir con los pilares de la APS (prevención y formación).

CONTROL PRENATAL.

Afecto y protección: Según el censo Nacional de 1995, la situación de pareja predominante es el matrimonio.

Alfabetismo: Según el censo la mayoría de la población (80%) es alfabeto.

JUSTIFICACIÓN DEL TEMA.

Luego de la exploración bibliográfica(1)(3)(4)(5)(6)(7), entrevistas a diversos profesionales(ver anexo N° 7), consultas en Centro de Documentación e Información en Medicina(ver anexo N° 8), encontramos que todos coinciden en que en Latinoamérica, Uruguay, Montevideo, hay un gran porcentaje de Control Prenatal Tardío (1)(2)(3), (ver anexo N° 4, 5, 6).

Creemos importante destacar que los controles durante el embarazo se consideran como unas de las medidas más importantes para preservar la salud del binomio materno-fetal. Investigaciones sobre éste tema han podido demostrar que los controles prenatales han contribuido a disminuir la mortalidad materna y perinatal. Se sabe también que aquellas mujeres con embarazos controlados tienen menos proporción de recién nacidos de bajo peso que aquellos no controlados. El efecto positivo del control prenatal es evidenciado tanto en países altamente desarrollados como también en aquellos en vías de desarrollo.

Para poder realizar ésta investigación visitamos diversos centros(2) con el fin de recabar información sobre el control prenatal y obtuvimos como resultado un alto porcentaje de control prenatal tardío. De los centros visitados seleccionamos la Policlínica de Colón para llevar a cabo nuestro trabajo, en éste lugar encontramos que la cifra de control prenatal tardío es de 69%.

Al indagar en dicho centro sobre las causas de éste problema nos informaron varias causas probables como: número de hijos, cercanía del domicilio, situación de pareja, edad y nivel de instrucción. Varias de éstas se repiten como factores de riesgos para el control prenatal tardío en la bibliografía revisada.

De las variables mencionadas anteriormente elegimos tres: edad, nivel de instrucción y situación de pareja, dado que queremos conocer si en éste lugar, éstas variables se comportan de igual manera que en la bibliografía utilizada.

Estas variables fueron elegidas debido a la accesibilidad para recabar éstos datos (H.C).

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

DELIMITACION DEL PROBLEMA:

Desconocimiento de la influencia de la edad, nivel de instrucción y situación de pareja en el control prenatal tardío y precoz de las embarazadas que se controlaron en la Policlínica de Colón, en el período comprendido entre enero-mayo 1999.

TEMA:

Influencia de la edad, nivel de instrucción, situación de pareja en el control prenatal tardío y precoz.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la influencia de la edad, nivel de instrucción y situación de pareja de la embarazada con control prenatal tardío y precoz, en la Policlínica de Colón, enero-mayo de 1999.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1- "Caracterizar a la población de las embarazadas de la Policlínica de Colón que se controlaron entre enero-mayo de 1999, según edad, nivel de instrucción, situación de pareja y control prenatal.*
- 2- "Analizar la influencia de los factores mencionados de la población con control prenatal tardío y precoz".*
- 3- "Concluir y comentar resultados sugiriendo actividades".*

DISEÑO METODOLOGICO:

TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo, cuantitativo, de corte transversal.

VARIABLES:

Independientes:

- Edad.*
- Nivel de Instrucción.*
- Situación de pareja.*

Dependiente:

- Control prenatal.*

OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍA
CONTROL PRENATAL	VISITAS PROGRAMADAS DE LA EMBARAZADA CON INTEGRANTES DEL EQUIPO DE SALUD.	TIEMPO EN QUE SE REALIZA EL PRIMER CONTROL PRENATAL.	PRECOZ: 1° CONTROL ANTES DE LAS 14 SEMANAS DE AMENORREA. TARDÍO: DESPUES DE LAS 14 SEMANAS DE AMENORREA
EDAD	TIEMPO EN AÑOS CUMPLIDOS.	TIEMPO EN AÑOS CUMPLIDOS AL MOMENTO DEL PRIMER CONTROL PRENATAL.	10-19 20-29 30-39 40-49
NIVEL DE INSTRUCCION	ESTUDIOS CURSADOS (NINGUNO, PRIMARIOS, SECUNDARIOS, TERCARIOS).	EL ÚLTIMO AÑO APROBADO DEL MÁXIMO NIVEL ALCANZADO POR LA EMBARAZADA.	0- ANALFABETO 1-6 PRIMARIA 7-12 SECUNDARIA 13 O MÁS ESTUDIOS TERCARIOS.
SITUACION DE PAREJA.	ESTADO CIVIL (SOLTERA, CASADA, DIVORCIADA, VIUDA, UNION ESTABLE).	CONVIVENCIA CON UN COMPAÑERO CON O SIN FORMULACIÓN LEGAL.	CON UNION ESTABLE. SIN UNION ESTABLE.

UNIVERSO:

Total de historias clínicas de embarazadas de la policlínica de Colón que concurren a Control Prenatal anualmente, (promedio 120 embarazadas).

MUESTRA:

Total de historias clínicas de las embarazadas de la Policlínica de Colón, en el periodo comprendido entre enero-mayo de 1999, (total de historias clínicas 55).

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACION:

Autorización: la misma fue otorgada en una entrevista con la Licenciada en Enfermería, Coordinadora de la Policlínica de Colón Margarita Garay, sin ser necesario, la entrega de un permiso escrito.

Tiempo: ver cronograma de actividades, ver anexo N°9.

Recursos Necesarios:

Recursos humanos: 6 estudiantes de Licenciatura en

Recursos materiales: historia clínica, formulario de recolección de datos, bolígrafo, perforadora, computadora, hojas, carpeta, tinta.

Planta física: policlínica y espacio de reunión.

Proceso: se realizó una prueba piloto para evaluar el sistema de registro y plan de análisis, se obtuvo: un buen sistema de registro (completo), el formulario diseñado cuenta con todos los datos necesarios y su aplicación es rápida, el sistema de tabulación proporciona claramente el conjunto de datos obtenidos, al igual que

CONTROL PRENATAL

de tabulación proporciona claramente el conjunto de datos obtenidos, al igual que los gráficos.

MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se hizo a través de un formulario de recolección de datos, el mismo es una hoja de papel impreso con espacios en blanco para ser llenados.

La recolección se realizó en el mes de julio, por los investigadores, es un instrumento claro y conciso (ver anexo N° 10).

UNIDAD DE OBSERVACIÓN:

Historia Clínica.

RESULTADOS.

TABLA N° 1: CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD, EN FRECUENCIA ABSOLUTA (FA) Y FRECUENCIA RELATIVA PORCENTUAL (FR%).
POLICLÍNICA COLÓN IMM. ENERO-MAYO 1999.

EDAD.	FA	FR %
10-19	11	21,1%
20-29	32	61,5%
30-39	8	15,4%
40-49	1	2%
TOTAL.	52	100%

FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS DE LA POLICLÍNICA DE COLÓN IMM. ENERO- MAYO 1999 (*)

TABLA N° 2: CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN FA Y FR %.
POLICLÍNICA DE COLÓN IMM. ENERO- MAYO 1999.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN.	FA	FR %
PRIMARIA (1-6 AÑOS)	33	63,5%
SECUNDARIA (7-12)	19	36,5%
TOTAL	52	100%

FUENTE (*)

TABLA N° 3: CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SITUACIÓN DE PAREJA EN FA Y FR %.
POLICLÍNICA DE COLÓN IMM. ENERO- MAYO 1999.

SITUACIÓN DE PAREJA	FA	FR %
CON UNIÓN ESTABLE	43	82,7%
SIN UNIÓN ESTABLE	9	17,3%
TOTAL	52	100%

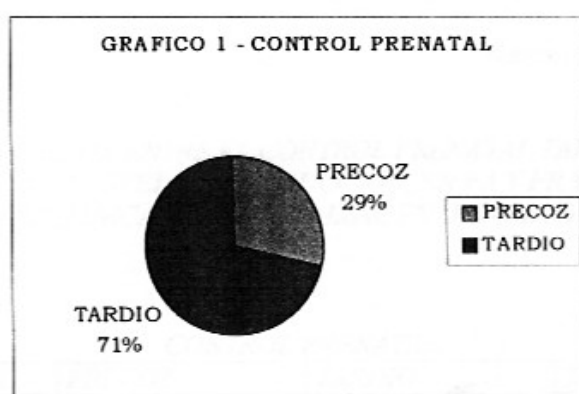
FUENTE: (*).

CONTROL PRENATAL

**TABLA N° 4: RELACIÓN ENTRE EL CONTROL PRENATAL TARDÍO Y PRECOZ
EN FA Y FR%.**
POLICLÍNICA DE COLÓN IMM. ENERO-MAYO 1999.

CONTROL PRENATAL.	FA	FR%
PRECOZ	15	29%
TARDÍO	37	71%
TOTAL.	52	100%

FUENTE: (*).



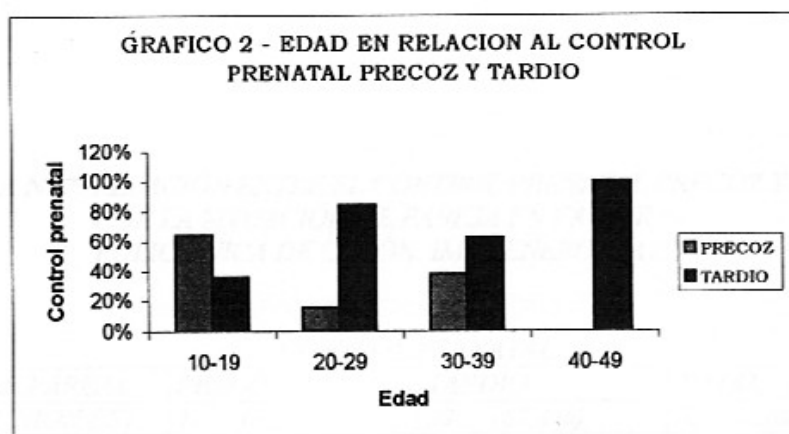
FUENTE: (*).

**TABLA N° 5: RELACIÓN ENTRE EL CONTROL PRENATAL TARDÍO Y PRECOZ
CON LA EDAD EN FA Y FR %.**
POLICLÍNICA DE COLÓN IMM, ENERO-MAYO 1999.

CONTROL PRENATAL.			
EDAD.	PRECOZ	TARDÍO	TOTAL
10-19	7 (64%)	4 (36%)	11 (100%)
20-29	5 (15,6%)	27 (84,4%)	32 (100%)
30-39	3 (37,5%)	5 (62,5%)	8 (100%)
40-49	-	1 (100%)	1 (100%)
TOTAL	15 (29%)	37 (71%)	52 (100%)

FUENTE: (*).

CONTROL PRENATAL.



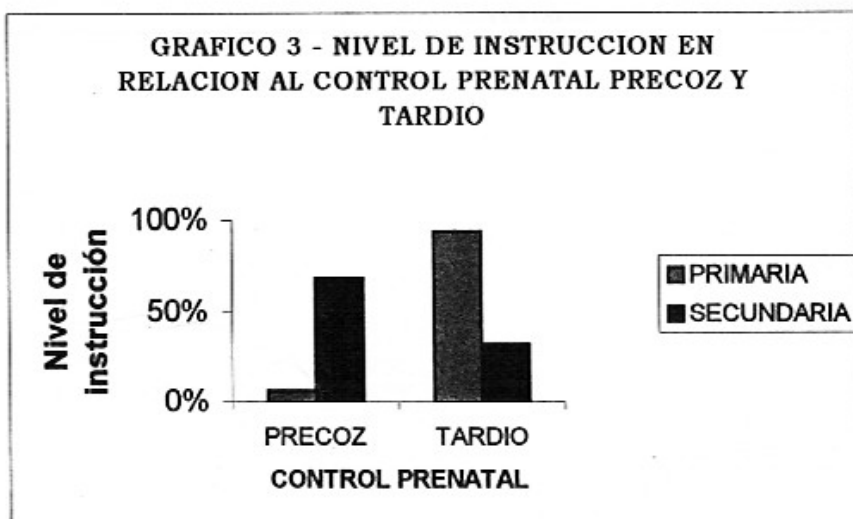
FUENTE (*).

TABLA N° 6: RELACIÓN ENTRE EL CONTROL PRENATAL TARDÍO Y PRECOZ CON EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN, EN FA Y FR %. POLICLÍNICA DE COLÓN. IMM. ENERO-MAYO 1999.

CONTROL PRENATAL.

NIVEL DE INST.	PRECOZ	TARDÍO	TOTAL
PRIMARIA	2 (6%)	31 (94%)	33 (100%)
SECUNDARIA	13 (68,4%)	6 (31,6%)	19 (100%)
TOTAL	15 (29%)	37 (71%)	52 (100%)

FUENTE (*).



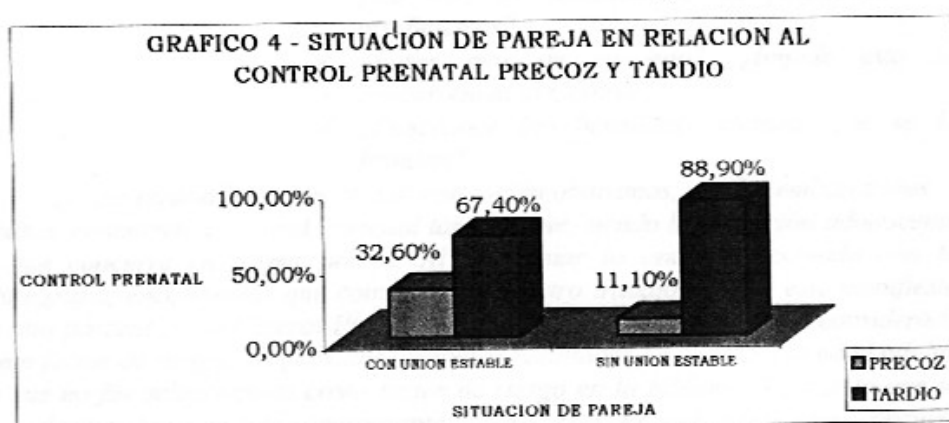
FUENTE (*).

CONTROL PRENATAL

TABLA N° 7: RELACIÓN ENTRE EL CONTROL PRENATAL PRECOZ Y TARDÍO CON LA SITUACIÓN DE PAREJA EN FA Y FR %.
POLICLÍNICA DE COLÓN. IMM. ENERO-MAYO 1999.

CONTROL PRENATAL			
SIT. DE PAREJA.	PRECOZ	TARDÍO	TOTAL
CON UNIÓN EST.	14 (32,6%)	29 (67,4%)	43 (100%)
SIN UNIÓN EST.	1 (11,1%)	8 (88,9%)	9 (100%)
TOTAL	15 (29%)	37 (71%)	52 (100%)

FUENTE: (*).



FUENTE: (*).

ANÁLISIS Y COMENTARIOS.

De la revisión de historias clínicas, de las embarazadas que se controlaron en la policlínica de Colón, en el período comprendido de enero-mayo 1999, se tomaron como población de estudio cincuenta y cinco, descartándose tres casos, ya que no contaban con la totalidad de los datos necesarios.

De éstas cincuenta y dos embarazadas se destaca que, un 71% concurren tardíamente al Control Prenatal (ver tabla N° 4); éste alto porcentaje coincide con los datos aportados por la policlínica de Colón (ver anexo N° 7) y con la bibliografía consultada (ver anexo 4,5,6,7).

Con respecto a la edad observamos en la tabla N° 1, que el rango de edad predominante es entre 20-29 años, representando un 61,5% del total de la población, de éste un 84,4% (ver tabla N° 5) se controlan tardíamente.

De lo antes dicho nos surgen diversas interrogantes:

Es que éste grupo etáreo:

- ✓ ¿Tiene falta de información sobre la importancia del Control Prenatal?
- ✓ ¿No cuenta con buen acceso a la policlínica? ó ¿los días de atención de la policlínica son insuficientes?
- ✓ ¿Posee más de un hijo?, ¿Impide esto la concurrencia al Control?
- ✓ ¿Desconoce los beneficios sociales que se le brindan?

De los resultados de nuestra investigación obtuvimos, que las embarazadas adultas concurren a Control Prenatal tardíamente, siendo la población adolescente la que concurre en forma precoz. Al relacionar lo antes mencionado con la bibliografía, encontramos que coincide con nuestro trabajo, ya que éste manifiesta un alto porcentaje de Control Prenatal Tardío y la adolescencia no es considerada como factor de riesgo. No podemos comparar resultados en cuanto a la edad adulta, ya que no fue seleccionada como factor de riesgo en la bibliografía, por lo que se nos plantea la siguiente interrogante, ¿será ésta la población que concurre tardíamente al Control Prenatal?

En lo que se refiere a nivel de instrucción, se observa que la mayoría de la población tiene estudios primarios (63,5%) (ver tabla N°2), de ésta concurre tardíamente al Control Prenatal un 94% (ver tabla N°6). Podemos decir teniendo en cuenta nuestra muestra de población que a menor nivel de instrucción mayor Control Prenatal Tardío, lo que coincide con la bibliografía consultada. Pensamos que también puede darse que: a menor nivel de instrucción, menor nivel socioeconómico lo que conlleva a una carga horaria laboral mayor que podría ocasionar la concurrencia tardía al Control Prenatal.

Referente a la situación de pareja, como vemos en la tabla N°3, se observa que un 82,7% de las embarazadas poseen unión estable; de las cuales un 67,4% se controlaron tardíamente (ver tabla N°7); del 17,3% de la población sin unión estable se controlaron tardíamente un 88,9%; lo que nos permite decir que tanto en nuestra muestra de estudio como en la bibliografía el sin pareja estable se manifiesta como factor de riesgo a la concurrencia tardía a control, dándose a la vez que con pareja estable la embarazada se controla tardíamente, de donde suponemos, que pueda

CONTROL PRENATAL

influir el nivel de instrucción de la pareja, la falta de motivación y el embarazo no deseado.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

Del total de nuevos casos esperados (aproximadamente 120), para este año se estudiaron 52 embarazadas (43%), que fueron las que concurren al Control Prenatal en la Policlínica de Colón, en el periodo comprendido entre enero-mayo 1999.

Considerando los objetivos planteados para este estudio, podemos decir que, nuestra población se caracteriza por ser mayoritariamente embarazadas adultas, de 20-29 años con estudios primarios y con unión estable.

Referente al Control Prenatal encontramos que predomina el tardío sobre el precoz.

De la influencia de las variables en el Control Prenatal en este estudio, se puede conocer que: la edad adulta influye en la concurrencia tardía al Control Prenatal, al igual que el bajo nivel de instrucción (primaria) y la situación de pareja (sin unión estable).

De las conclusiones de este estudio, se puede desprender la realización de un subprograma de captación precoz y divulgación de información, dirigido al grupo etáreo de embarazadas adultas, con estudios primarios, sin pareja estable, teniendo el mismo como objetivo general "Disminuir la incidencia de Control Prenatal Tardío", las actividades para dicho programa, podrían ser llevadas a cabo mediante la colaboración del Centro Comunal Z12, Comisión vecinal, Policlínico Móvil y de otros centros, se plantea la utilización del diario del barrio, boletín informativo, reuniones de los vecinos, charlas educativas en policlínico móvil, policlínica y escuelas.

Como futuras Licenciadas de Enfermería, consideramos importante la realización de una investigación, mediante la cual se indagaría sobre las interrogantes que se mencionan en nuestro análisis, con el fin de conocer si estas variables actúan como factores de riesgo para la concurrencia tardía al Control, apuntando a disminuir la morbilidad materna y perinatal, sugerimos que el mismo se realice en forma personal a través de entrevistas.

Creemos importante destacar, que estos datos son de interés para el equipo de la policlínica de Colón, por que no solo aportan que porcentaje concurre tardíamente al Control Prenatal, sino también cual es la influencia de las variables estudiadas en este grupo. Brindamos además, la idea de la utilización de otras variables, tales como falta de información, acceso a la policlínica, horario de atención, número de hijos, beneficios sociales, nivel de instrucción de la pareja, embarazo deseado, trabajo, para lograr así una definición más profunda de la población.

INSTITUTO NAL. ENFERMERIA
BIBLIOTECA
HOSPITAL DE CLINICAS
AV. ITALIA S/N. 1er. PISO
MONTEVIDEO - U. 00047

REFERENCIAS

- (1) Publicación científica CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología)
Nº 1346 Setiembre 1998 Capítulo 3 "Indicadores perinatales en el Interior",
pág 12-20. Cap 4 "Indicadores en las instituciones de Montevideo" pag 21-31.
- (2) Lic Marlene Peleteiro, Servicio de Maternidad y Ginecología piso 16 del
Hospital de Clínica "Dr Manuel Quintela"
Dra Estela Conselo. Ginecóloga del Hospital Pereira Rossell.
Lic Margarita Garay. Docente del departamento de Enfermería en Salud Mental
(ENSAME) del INDE y coordinadora en la Policlínica de Colón dependiente de
la IMM.
Lic. Nelly DE Biasy, Coordinadora de la Policlínica Giraldés dependiente de la
IMM
- (3) Hans- Albrecht Von Waldenfels, Maryann Planz, Jorge Ramón Capítulo
"Factores que influyen en la concurrencia al control prenatal en Montevideo
Uruguay" Extraída de Revista Médica Uruguaya, Abril 1992, pag 61-69. Vol
Nº1.
- (4) Diccionario de Medicina Occéano-Mosby. Obra de Occeano Grupo Editorial
S.A. 1996 pag 446.
- (5) Burroughs A. Enfermería Materno Infantil de Bleier, 5ª Edición. Editorial
Interamericana. Año 1988 Cap 6 "Cambios físicos y psicológicos durante el
embarazo" pag 87-91
- (6) Boletín del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano.
"Salud Perinatal". Vol 3 Nº 10 1990 pag 126 OMS/Organización
Panamericana de la Salud (OPS).
- (7) E.U. Acosta Cecilia, E.U. Gonzales Pilar. "Participación de la enfermera en el
control prenatal". DPTO DE Salud Pública y Ciencias Sociales. EUE
1991.Ficha.
- (8) División Salud-Unidad Estadística I.M.M. Indicadores Perinatales y
Ginecóbstericos de descentralización. Dra Elsa Romero, Dra Cristina Tiri.
Enero-DICIEMBRE 1998. Martín C Martínez 1677.

BIBLIOGRAFIA.

- Apodaca Beatriz. Symposium Foundation for the future: "The Health of the
Family in the United States- Mexico Border. Perinatal información sistema.
February 1993"- El Paso, Texas, United States.
- Burroughs A. Enfermería Materno Infantil de Bleier, 5ª Edición. Editorial
Interamericana. Año 1988 Cap 6 "Cambios físicos y psicológicos durante el
embarazo" pag 87-91.
- Clore Browne J.C. Atención Prenatal de Browne. Editorial Interamericana 1979.
Cap 2 "Diagnóstico del Embarazo". Pág 9-16.
- Diccionario de Medicina Occéano- Mosby. Obra de Occeano Grupo Editorial
S.A. 1996 pag 446.
- E.U. Acosta Cecilia, E.U. Gonzales Pilar. "Participación de la enfermera en el
control prenatal". Dpto de Salud Pública y Ciencias Sociales. EUE 1991.Ficha.

- Gazilippz Umberto, Shiguematsu Kensi, Duailibi Casanova Lucy, Garcia Sidney AL, Grabert Harimurt H. "Diagnóstico de Situacao Perinatal no Hospital Do Servidor Publico Estadual Francisco Morato de Olivera".
- Hans- Albrecht Von Waldenfels, Maryann Pflanz, Jorge Ramón Capitulo " Factores que influyen en la concurrencia al control prenatal en Montevideo, Uruguay" Extraída de Revista Médica Uruguaya, Abril 1992, pág 61-69. Vol 8 N° 1.
- Martinez Randutov J. Salud Materna. Edición OPS. "Comité de Estudios de Mortalidad Materna" pág 26-29-
- Pardell H, Cobo E, Canela J. "Manual de Estadística" Masson, SA 1986.
- Pineda E.B., Alvarado de E.L., Canales F. " Metodología de la Investigación". Manual para el desarrollo del personal de salud. Segunda Edición 1994. OPS/OMS.
- Polit Denise y Hungler B. "Investigación Científica en Ciencias de la Salud". 5ª Edición Interamericana. México 1995.
- "Salud Reproductiva. Concepto e importancia". Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud, N° 39. OPS 1996. Cap 2, pág 5-6
- Schwarcz R Díaz A.G., Fescinar R de Mucio B. Belitzky R. Delgado L.R. "Atención prenatal y del parto de bajo riesgo". Montevideo, CLAP. OPS/OMS. Enero 1990. Publicación Científica N° 1205. Cap.2. Control Prenatal. Pág 19-21.
- Sistema Informático Perinatal en el Paraguay, año 1991-1992-1993. Publicado año 1994- CLAP.
- Sistema Informático Perinatal en el Uruguay 1996. Publicación Científica del CLAP N° 1346 Setiembre 1998. Cap. 3 "Indicadores Perinatales en el Interior, pág 12-20. Cap 4 "Indicadores en las Instituciones de Montevideo", pág 21-31.

CONTROL PRÉNATAL

ANEXOS.

INDICE DE ANEXOS.

<i>ANEXO N°1</i>	<i>CONTROL PRENATAL, OBJETIVOS ESPECIFICOS, ACTIVIDADES PROPUESTAS.</i>
<i>ANEXO N°2</i>	<i>HISTORIA CLINICA E INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO.</i>
<i>ANEXO N°3</i>	<i>CRONOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CONSULTAS PERINATALES.</i>
<i>ANEXO N°4</i>	<i>DATOS ESTADISTICOS DE DIVERSOS PAISES DE AMERICA.</i>
<i>ANEXO N°5</i>	<i>DATOS DEL SISTEMA INFORMATICO PERINATAL.</i>
<i>ANEXO N°6</i>	<i>SINTESIS DE LA REVISTA MEDICA URUGUAYA.</i>
<i>ANEXO N°7</i>	<i>SINTESIS DE ENTREVISTAS REALIZADAS A DIVERSOS PROFESIONALES.</i>
<i>ANEXO N°8</i>	<i>PUBLICACIÓN DEL CENTRO DE DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN EN MEDICINA.</i>
<i>ANEXO N°9</i>	<i>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.</i>
<i>ANEXO N°10</i>	<i>FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.</i>

ANEXO N°1

CONTROL PRENATAL

OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES PROPUESTAS
Obtener bases para planificar el control prenatal de la población	Empleo del Sistema Informático Perinatal
Definir la población afecta a las normas.	Evaluación del riesgo perinatal. Aplicación de instrumentos identificadores de riesgo
Conocer información relevante del embarazo.	Interrogatorio (Anamnesis) Registro de antecedentes.
Evaluar el estado nutricional y el incremento de peso durante la gestación.	Medición del peso y de la talla materna
Fijar un cronograma de las actividades del control	determinación de la edad gestación (amenorrea) y de la fecha probable del parto.
Prevenir el tétanos neonatal y Puerperal	Vacunación antitetánica.
Pesquisar la posible incompatibilidad sanguínea materno feto-neonatal	Determinar de grupo sanguíneo y del factor Rh
Evaluar el estado clínico general, La adaptación al embarazo y la Posible presencia de patologías	Examen físico general
Detectar alteraciones del pezón Y posible patología tumoral	Examen de las mamas
Detectar procesos sépticos dentales para su ulterior tratamiento.	Examen odontológico
Detectar posibles distocias pélvicas para definir el nivel de atención para el parto.	Evaluación de la pelvis
Confirmar el embarazo	Diagnóstico de embarazo
Buscar signos de certeza o de probabilidad de embarazo.	Examen ginecológico
Detectar precozmente patología Gineco-obstétrica.	Papanicolaou-Colposcopia
Detectar precozmente la sífilis materna. Prevenir la lues congénita.	Detección y tratamiento de sífilis materna.
Detectar precozmente y prevenir la anemia materna.	Determinación de la Hemoglobina, administración de Hierro y de ácido fólico
Detectar proteinuria, glucosuria y cuerpos cetónicos en la orina.	Examen de orina.
Identificar las infecciones del tracto	Urocultivo.

urinario.

<i>Pesquisar:</i> <i>La hipertensión previa al embarazo</i> <i>El síndrome de hipertensión</i> <i>incluida por el embarazo (EPH</i> <i>gestosis)</i> <i>La hipotensión arterial</i>	<i>determinación de la presión arterial</i>
<i>Detectar las alteraciones del</i> <i>crecimiento fetal.</i>	<i>Evaluación del crecimiento fetal</i>
<i>Detectar precozmente el embarazo</i> <i>múltiple para prevenir complicaciones.</i>	<i>Diagnóstico del número de fetos.</i>
<i>Identificar diabetes mellitus clínica</i> <i>y gestacional.</i>	<i>Determinaciones de glucemia y</i> <i>pruebas de tolerancia a la glucosa .</i>
<i>Pesquisar las presentaciones</i> <i>fetales anormales</i>	<i>Diagnóstico de presentación fetal</i>
<i>Confirmar existencia de vida</i> <i>Fetal</i>	<i>Diagnostico de vida fetal.</i>

ANEXO N° 2.

HISTORIA CLÍNICA Y CARNE PERINATAL.

[illegible]

LISTADO DE CODIGOS

Los números a la izquierda son para la codificación en este formulario. El código a la derecha es de la Clasificación Internacional de Enfermedades Rev. 10 (CIE 10) OPS/OMS 1992

PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)			PATOLOGÍAS DEL RECIEN NACIDO		
50	GESTACIÓN MÚLTIPLE	Q30	50	ENFERMEDAD DE MEMBRANAS HIALINAS	P22.0
51	HIPERTENSION PREVIA	Q10	51	SINDROMES ASPIRATORIOS	P24
01	Hipertensión previa esencial complicando EPP	Q10.0	52	APNEAS POR PREMATUREZ	P28.3, P28.4
02	Hipertensión previa secundaria complicando EPP	Q10.4	53	OTROS SDR	Q25.0, P29.3, P23, P25, P22.1, P27
52	PRECLAMPSIA	Q13 Y Q14	01	Ductus arterioso persistente	Q25.0
04	Hipertensión transitoria del embarazo	Q15	02	Persistencia de la circulación fetal	P29.3
05	Preclampsia leve	Q15.0	03	Neumonía congénita	P23
06	Preclampsia severa y moderada	Q15.1	04	Neumotórax y enfisema intersticial	P25
53	Hipertensión previa con proteinuria sobreagregada	Q15.2	05	Tapínea transitoria	P22.1
54	ECLAMPSIA	Z86.7	06	Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo perinatal	P27
55	CARDIOPATIA	Q24	54	HEMORRAGIAS (EXCLUYENDO INTRACRANIALES P52)	P50-P55
56	DIABETES	Q24.0	07	Enfermedad hemorrágica del recién nacido	P53
57	Diabetes mellitus insulino-dependiente previa	Q24.1	55	Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal	P26
58	Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa	Q24.2	56	Hemorragia umbilical (excluye las celítis con hemorragia)	P51
59	Diabetes mellitus iniciada en el embarazo	Q24.4	57	HIPERBILIRUBINEMIAS	P55-P59
60	Test de tolerancia a la glucosa anormal	R73.0	08	Enfermedad hemolítica por incompatibilidad Rh	P55.0
07	INFECCIÓN URINARIA	Q23.0-23.4	09	Enfermedad hemolítica por incompatibilidad ABO	P55.1
08	Bacteriuria asintomática del embarazo	R82.7	10	Ictericia neonatal asociada a parto de pretérmino	P55.0
61	OTRAS INFECCIONES	Q98, B50-B54, A60	58	OTRAS HEMATOLOGICAS	P60-P61
62	Infecciones del tracto genital en el embarazo	Q23.5	11	Poliemia neonatal	P61.1
63	Sifilis complicando EPP	Q98.1	12	Anemia congénita	P61.3
10	Gonorrea complicando EPP	Q98.2	13	Otras afecciones hematológicas	(resto de P60-P61)
11	Malaria	B50-B54	48	INFECCIONES	(P35-P39, A09, A00, A54.3)
12	Infección herpética anogenital (herpes simplex)	A00	14	Diarrea	A09
64	Hepatitis viral	Q98.4	15	Meningitis	G00
65	TBC complicando EPP	Q98.0	16	Otitis	P33
66	PARASITOSIS COMPLICANDO EPP	Q98.8	17	Conjuntivitis	P39.1, A54.3
67	RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	P05	59	Infecciones de la piel del recién nacido	P39.4, L00
68	AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)	Q00	18	Septicemia	P36
13	Incompetencia cervical	Q34.3	19	Otras infecciones específicas del periodo perinatal	(resto de P35-P39)
69	DESPROPORCIÓN CEFALOPELVICA	Q64, Q05, Q69	20	Enterococis necrotizante	P77
14	Parto obstruido por malposición y anomalía de la presentación del feto	Q64	49	Tétanos neonatal	A35
15	Parto obstruido debido a anomalía pélvica materna	Q65	60	Sifilis congénita	A55
16	Otros partos obstruidos por causa fetal	Q66	61	Enfermedades congénitas virales	P32
09	HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE	Q20	62	MALFORMACIONES, DEFORMACIONES CONGENITAS Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	O00-Q99
17	Mola hidatiforme	Q02.1, Q03	21	Espina bífida con y sin hidrocefalia	Q00-Q01
18	Aborto espontáneo y aborto retenido	Q00	22	Hidrocefalia congénita	Q00-Q07
19	Embarazo ectópico	Q00, Q04	23	Otras malformaciones congénitas del SNC	Q00-Q03
20	Aborto inducido y terapéutico	Q00.0	24	Del sistema respiratorio	Q00-Q2
21	Amnaza de aborto	Q00.0	25	Del sistema circulatorio	Q03-Q03
70	HEMORRAGIA DEL 2DO Y 3ER TRIMESTRE	Q44.1	26	Labió y paladar hendido	Q03-Q4
22	Placenta previa con hemorragia	Q45	27	Del sistema digestivo	Q00-Q5
23	Desprendimiento prematuro de la placenta	Q46.0	28	De los órganos genitales	Q50-Q5
24	Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación	Q71.0, Q71.1	29	Del sistema urinario	Q50-Q5
25	Ruptura uterina antes o durante el parto	Q71.3	30	Deformación congénita de la cadera	Q6
26	Laceración obstétrica del cuello del útero	Q99.0	31	Anomalías cromosómicas	Q90-Q95
71	ANEMIA	Q60	32	Síndromes malformativos afectando múltiples sistemas	Q96
27	Anemia por deficiencia de hierro	Q42	63	NEUROLÓGICA (EXCLUYE MALFORMACIONES)	G1
72	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	Q41.1	33	Hidrocefalia adquirida	P91.1, P91
28	Infección del saco amniótico y membranas	Q85, Q86	34	Leucoencefalopatia periventricular y cerebral	P10-P11, P
73	INFECCIÓN PUERPERAL	Q85	35	Trauma obstétrico con lesión intracranial, del SNC y del sistema nervioso periférico	P
29	Septis puerperal	Q91	36	Hemorragia intracraniana no traumática	P
30	Infección mamaria asociada al nacimiento	Q72	37	Convulsiones	P
74	HEMORRAGIA POSTPARTO	Q72.1, Q72.2	38	Otras afecciones del estado cerebral	P70-P
31	Placenta retenida	Q70.0, Q70.1	64	METABOLICA/NUTRICIONAL	P70.0, P71
32	Útero atónico	Q70.2, Q70.3	41	Síndrome de "hijo de diabética"	P
33	Laceraciones perineales de 1er y 2do grado	(resto de Q00-Q99)	42	Hipocalcemia and hipomagnesemia	P70.3, P70.4, E11
34	Laceraciones perineales de 3er y 4to grado	Q44.0	43	Hipoglucemia	(resto de P75-P)
75	OTRAS PATOLOGIAS	Q21	44	Otras afecciones perinatales del sistema digestivo	F
35	Placenta previa sin hemorragia	Q21	45	Problemas en la alimentación	(resto de P00-P06, Q00-Q)
36	Hipermesis gravídica	Q28.8, Q99.8 (condiciones en N90-N99)	65	OTRAS	F
37	Enfermedad renal no especificada durante el embarazo	F10-F19	39	HIV positivo	H
38	Dependencia de drogas	Q68	40	Retinopatía de la prematuraz	F
39	Sufimiento fetal	Q40	41	Hernia inguinal	P9
40	Polihidramnios	Q41.0	42	Falla renal congénita	F
41	Oligohidramnios (sin mención de ruptura de membranas)	Q69	67	Hipotensión/shock	P80.0 (excluye hipotermia leve P8)
42	Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical	Q74			
43	Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio	Q83			
44	Embolismo obstétrico	Q90.0			
45	Falta de cierre de la herida de cesárea	Q90.1			
46	Falta de cierre de la episiotomía	B20-B24			
47	SIDA	R75			
76	HIV positivo	CS3			
48	Neoplasia maligna del cuello uterino	CS0			
49	Neoplasia maligna de la glándula mamaria				
INDICACIÓN PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCIÓN			MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO		
01	Cesareanprevia	14	Posición transversa	15	Inhibidores de Prostagland
02	Sufimiento fetal agudo	15	Ruptura prematura de membranas	17	Antagonistas del calcio
03	Desproporción feto-pélvica	16	Infección ovular (sospechada o confirmada)	18	Sulfato de magnesio
04	Alteración de la contractilidad	17	Placenta previa	19	Hidralazina
05	Parto prolongado	18	Abrupción placentaria	20	Beta bloqueantes
06	Fraqueo de la inducción	19	Ruptura uterina	21	Otros antihipertensivos
07	Desosceso detenido de la presentación	20	Proclampsia y eclampsia	22	Sangre y derivados
08	Embarazo múltiple	21	Herpes anogenital	23	Heparina
09	R.C.L.U.	22	Condilomatos genital	24	Corioides
10	Parto de pretérmino	23	Otras enfermedades maternas	25	Cardiológicos
11	Parto de postérmino	24	Muerte fetal	26	Diuréticos
12	Presentación podálica	25	Madre exhausta	27	Anticoagulantes
13	Posición posterior	26	Otras	28	Insulina
				29	Otros

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL SIMPLIFICADA BASE (HCPSB) *

INSTRUCCIONES GENERALES

La HCPSB debe ser llenada sólo ante la certeza de embarazo en la primera concurrencia al Centro Asistencial.

La HCPSB consiste en una cartilla que contiene todos los ítems definidos con sus alternativas. Su llenado se realiza con marcas ("X") en las casillas cuadradas seleccionadas y con números en las casillas rectangulares. Es importante que todas las variables estén marcadas. En las casillas cuadradas las marcas ("X") deben estar bien hechas, en forma legible, usando todo el cuadrado y no deben excederlo.

Ejemplos:

ALFABETA

SI	NO	NINGUNA	OTRA
☒	☐	☐	☐

ESTUDIOS

Prim	Sec	Univ
☒	☐	☐

En las casillas rectangulares, la respuesta se indica escribiendo un número. Estos deben estar incriptos dentro de las casillas y en forma legible; se debe inscribir un solo dígito por casilla. Suelen confundirse los números 0 con 6, 1 con 7, 3 con 8, etc., cuando son escritos en forma desprolija. Un llenado inadecuado implica consignar información errónea.

En números de varios dígitos existen los correspondientes casillas, las que se llenan siguiendo el orden de unidades recorriendo los dígitos hacia la derecha. Las casillas no usadas se llenan con ceros a la izquierda.

unidades
decenas
centenas
millares

* Publicada en Salud Perinatal Vol. 2, No 8, 1987

Ejemplos

Peso al nacer 950 g.

PESO AL NACER

0	9	5	0
---	---	---	---

Menor 2500 g ☒

Fecha de nacimiento

12 de enero 1988
Hora 2:30

Hora	Min	Seg	Min	Año
02	30	12	01	88

Los meses deben siempre anotarse en números arábigos (1, 2, 3, ..., 11, 12).

Todos los ítems deben ser respondidos, inclusive los que tienen respuesta "NO" o "NINGUNO". Dicha respuesta es usualmente ceros en las casillas rectangulares o marcas en las casillas cuadradas correspondientes.

La aparente redundancia en el llenado es a los efectos de asegurar un registro completo y seguro. El omitir anotar un dato puede dar lugar a interpretación equivocada. Todo casillero en blanco significará que el dato se desconoce.

Casilleros amarillos. Toda anotación en casilleros amarillos deberá ser ampliada en observaciones.

Ejemplo:

ANTECEDENTES

FAMILIARES	NO	SI
Diabetes	☒	☐
Hipertensión	☒	☐
Enfermedades	☒	☐
Otros	☒	☐

EMBARAZO ACTUAL

Edad gestacional	36	37	38	39	40	41	42
Edad gestacional	36	37	38	39	40	41	42

Si en antecedentes familiares Diabetes es "SI", se deberá especificar en el lugar que se destina a observaciones, qué integrante de la familia la padece, evolución, etc.

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE CADA SECTOR DE LA HCMB

IDENTIFICACIÓN DE LA EMBARAZADA

CLAP OPS QUE HISTORIA CLINICA PERINATAL SIMPLIFICADA ESTABLECIMIENTO		N° HISTORIA CLINICA	
APELLIDOS Y NOMBRES			
DOMICILIO	EDAD Años	ALFABETA	ESTUDIOS
	Menor de 15 Mayor de 35	SI NO	Prim Sec Univ
LOCALIDAD			AÑOS APROBADOS
			Prim Sec Univ
			ESTADO CIVIL
			Unión Casada Estable Sin Otro
			FUMA
			NO SI

Establecimiento

Según el código asignado a la institución a la que corresponde el caso.

Nro. de Historia Clínica

El asignado por la institución a la embarazada.

Apellidos y nombres

El paterno y materno de la embarazada y sus nombres completos.

Domicilio

El habitual de la embarazada. Indicar calle y número.

Localidad

Nombre de la ciudad, pueblo, paraje, etc. del domicilio habitual.

Edad

La de la embarazada en años cumplidos. En caso de ser menor de 15 años o mayor de 35, tildar el casillero inferior amarillo.

Alfabeto

Si lee y escribe, marcar "SI"; en caso contrario marcar "NO".

Estudios

Los cursados en el sistema formal de educación. Marcar solamente el máximo nivel que ha alcanzado.

Años aprobados

El último año aprobado del máximo nivel alcanzado por la embarazada.

Ejemplos

Segundo año del nivel secundario

ESTUDIOS		AÑOS APROBADOS	
Prim	Sec	1	2
☐	☒	☐	☐

Sin instrucción

ESTUDIOS		AÑOS APROBADOS	
Prim	Sec	1	2
☒	☐	☐	☐

Estado civil

El actual en el momento de la 1ra. consulta.

Se entiende por Unión estable la convivencia permanente con un compañero sin formalización legal. En otro, se incluye separada, divorciada, viuda.

Fuma

Se consigna el hábito practicado durante la actual gestación. En el caso de que la respuesta sea "SI", anotar el promedio del número de cigarrillos consumidos por día.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES		PERSONALES		OBSTETRICOS		NAC. VIVOS		NAC. MUERTOS		FECHA TERMINACIÓN ANTERIOR EMBARAZO		ALGUN RN PESO MENOS DE 2500 g	
FAMILIARES		TBC		Abortos		VAGINALES		CESÁREAS		Mes		Año	
NO SI		NO SI		GESTAS		PARTOS		PARTOS		Mes		Año	
Diabetes		Diabetes		Ninguna o más de 3 pesos		Ninguna o más de 3 pesos		Ninguna o más de 3 pesos		Mes		Año	
TBC pulmonar		Hipertensión arterial		Ninguna o más de 3 pesos		Ninguna o más de 3 pesos		Ninguna o más de 3 pesos		Mes		Año	
Hidartrosis		Circula patológico-placenta		Ninguna o más de 3 pesos		Ninguna o más de 3 pesos		Ninguna o más de 3 pesos		Mes		Año	
Gonorrrea		Intestinales		Ninguna o más de 3 pesos		Ninguna o más de 3 pesos		Ninguna o más de 3 pesos		Mes		Año	
Otras		Otras		Ninguna o más de 3 pesos		Ninguna o más de 3 pesos		Ninguna o más de 3 pesos		Mes		Año	

Se registran aquellos antecedentes familiares y personales cuyos diagnósticos fueron realizados por un miembro del equipo de salud. Tildar el casillero correspondiente y ampliar en observaciones toda vez que la respuesta corresponda a un casillero amarillo.

Familiares

Se refieren a los parientes cercanos de la embarazada y su cónyuge (padres, hermanos, abuelos, hijos).

PARTO O ABORTO

Sector destinado a registrar la información necesaria para el control del período dilatante y los datos del parto y alumbramiento.

PARTO/ABORTO		EDAD GESTA	TAMANO FETAL ACORDE	INICIO	MEMBRANAS	Fecha ruptura	Cel.			
Origen		Menor 37 Mayor 42	SI NO	En	Int.	Hora	Dis	Men	Peri.	Tran.
HORA										
F.C. Materna										
TENSION ARTERIAL										
CONTRACTILIDAD										
Altura / Posic.										
F.C.F. Materna										
DELAT. CERV.										
(Dist. en cm)										

Origen

Lugar donde se realizó el control prenatal, y número de código del mismo si estuviera establecido.

Edad gestacional

Las semanas completas transcurridas desde el primer día de la última menstruación hasta el ingreso en trabajo de parto. En caso de ser menor de 37 (pretérmino) o mayor de 42 semanas (postérmino), marcar el casillero amarillo inferior.

Tamaño Fetal acorde

Determinar si corresponde con la amenorrea, apreciado clínicamente por palpación o medida de la altura uterina.

Inicio

Marcar el que corresponda.

Membranas

Marcar lo que corresponda al inicio del trabajo de parto. Anotar siempre hora, día y mes de la rotura, aunque ésta se realice durante el período de dilatación.

En la anotación de la hora de la rotura, los minutos se redondean a la hora más cercana.

Ejemplos

4:40

MEMBRANAS		Fecha ruptura		
Int.	Ext.	Hora	Dis	Men
		05		

4:25

MEMBRANAS		Fecha ruptura		
Int.	Ext.	Hora	Dis	Men
		07		

Si los minutos son 30 y la hora es impar, se marcará la hora siguiente y si es par, queda la misma.

Ejemplos

4:30

MEMBRANAS		Fecha ruptura		
Int.	Ext.	Hora	Dis	Men
		05		

6:30

MEMBRANAS		Fecha ruptura		
Int.	Ext.	Hora	Dis	Men
		06		

Cel., Pelv., Tran.

Se refiere a la presentación Cefálica, Pelviana o Transversa diagnosticada en el momento del inicio del trabajo de parto. Marcar el casillero que corresponda.

Trabajo de Parto

En cada columna, se anotarán las variables registradas. No siempre es necesario llenar todos los ítems en cada control.

Hora

Anotar de 0 a 24.

Frecuencia Cardíaca Materna (FCF MAD)

En latidos por minuto fuera de la contracción.

Tensión Arterial

En mm Hg la máxima y la mínima, fuera de la contracción.

Contractilidad

Frec. en 10m.

Número de contracciones en 10 minutos.

Dur. en seg.

Duración de una contracción en segundos desde el comienzo del endurecimiento hasta su relajación.

Altura

La altura de la presentación utilizando ya sea los planos de Hodge I, II, III y IV o las estaciones -2, -1, 0, +1 y +2.

Variedad Posic.

Se anotarán las siglas IA, IT, IP, DA, DT, DP, P o S.

FCF

La Frecuencia Cardíaca Fetal entre contracciones (basal) y durante y después de ellas para detectar la existencia o no de caídas durante la fase de relajación (DIPS II) Ej.: 106/II (160 es la F.C.F. basal y el II corresponde a Dips II o desaceleraciones tardías).

Dilatación cervical del orificio interno del cuello

La dilatación cervical se anotará aproximado al centímetro en el sector blanco del casillero.

Meconio

Si el meconio está presente, anotar una "M" en el triángulo amarillo correspondiente. Si no hay meconio, no anotar nada.

PARTO O ABORTO (CONTINUACIÓN)

TERMINACIÓN		MECONIO		NIVEL DE ATENCIÓN		Nº HIST CLIN RN	
Ep ☐	Des ☐	May ☐	Min ☐	1º ☐	2º ☐	3º ☐	
EPISTOMIA		ALUMB ESP		LIVERT FETAL		ATENCIÓN MADRE	
NO ☐	SI ☐	SI ☐	NO ☐	NO ☐	SI ☐	ATEN ☐	Nombre RN
Desgaros		Placenta comp		Parto		NEONATO	
NO ☐	SI ☐	SI ☐	NO ☐	SI ☐	NO ☐	Parto ☐	Nombre
MEDICACIÓN EN PARTO							
☐ Anest Local ☐ Anest Reg ☐ Anest Gen ☐ Anestges ☐ Tranquil ☐ Ocioes ☐ Anestges ☐ Ocioes ☐ Ning							

Terminación

Corresponde en la forma de terminación y el momento en que se produce el parto o aborto.

Epistomia

Desgaros

Alumbamiento espontáneo

Placenta completa

Marcar el casillero correspondiente

Muerte Fetal

En caso de faltar "SI", hacerlo en el casillero que indique el momento en que se produce la muerte (embarazo, parto, se ignora momento).

Nivel de Atención

Lugar donde se produjo el nacimiento. Anotar el nivel asistencial (primario, secundario, terciario, domicilio, otro). En caso de faltar "otro", anotar en "Observaciones".

Atención Parto/Neonato

Tipo de personal que atendió el parto y que realizó la atención inmediata del neonato.

Nº: Historia Clínica Recién Nacido

El Nro. asignado por el establecimiento.

Nombre R.N.

Cuando se le asigne.

Parto - Nombre

Anotar el nombre de quién atendió el parto.

Neonato - Nombre

Anotar el nombre de quién realizó la atención inmediata del neonato.

Medicación en Parto.

Es la administrada durante el periodo de dilatación y expulsivo.

PATOLOGÍAS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO

PATOLOGÍA EMBARAZO PARTO PUERPERIO	
☐ Embarazo múltiple ☐ Hipertensión previa ☐ Preeclampsia ☐ Eclampsia ☐ Cardiopatía ☐ Diabetes ☐ Infección urinaria ☐ Otras infecciones ☐ Parasitosis ☐ Asistencia precoz prematuro	☐ Desproporción cat. pelv ☐ Hemorragia 1er. trim. ☐ Hemorragia 2º trim. ☐ Hemorragia 3er. trim. ☐ Anemia crónica ☐ Ruptura prematura membr. ☐ Infección puerperal ☐ Hemorragia puerperal ☐ Otra ☐ Ninguna

Marcar las que correspondan a medida que se vayan realizando los diagnósticos. La casilla "ninguna", se marcará al alta postparto. Si se faltar "otro", anotar en "Observaciones".

RECÉN NACIDO									
Etiología		Pacientes con		P. de		P. de		P. de	
NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
MEDICACIÓN EN PARO									
☐ Anestésico ☐ Analgésico ☐ Anticoagulante ☐ Antibiótico ☐ Diurético ☐ Antiácido ☐ Otros									
RECÉN NACIDO		PESO AL NACER		EDAD POR EX. FÍSICO		PESO DE Q.		EX-FÍSICO INMEDIATO	
PER	VDRL	SI	NO	Menor 7500 g	Menor de 37	Apes	Apes	Normal	Normal
SI	NO	Menor 7500 g	Menor de 37	Apes	Apes	Normal	Normal	Normal	Normal
TALLA		EX-FÍSICO PRE-ALTA		EX-NEUROL		PATOLOGÍAS		R. CON LA MADRE	
PER	CEP	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
SI	NO	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
R. CON LA MADRE		EGRESO RN		EDAD AL TRASLADO		EDAD AL FALLECER		Otras	
SI	NO	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
SI	NO	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal

Sexo

El que corresponda.

VDRL

El resultado en sangre del cordón o del neonato.

Apgar

Valor al 1ro. y 5to. minuto. En caso de ser 6 o menos en el 1er. minuto, marcar el casillero amarillo inferior.

Reanimación

Si se realizaron procedimientos especiales.

Peso al nacer

Del niño desnudo, en gramos. Si es menor de 2.500 gramos, marcar el casillero amarillo inferior.

Edad Gestacional por Examen Físico

La edad gestacional en semanas completas, estimada a través del examen del recién nacido. Si la edad gestacional es menor de 37 semanas, marcar el casillero amarillo.

Peso / Edad Gest.

Se requiere el uso de una curva patrón de peso según edad gestacional.

Examen físico inmediato

Corresponde al que se realiza inmediatamente al nacimiento.

Talla - Perímetro cefálico

Los valores en cm.

Examen físico pre-alta

El que se realiza inmediatamente antes del alta.

Examen Neurológico

El que corresponde.

Patologías

Las que correspondan a medida que se vayan realizando los diagnósticos. La casilla "ninguna" se marcará recién al alta postparto. Si se trata "otra", anotar en "Observaciones".

R.N. con la Madre

Si el niño permanece con la madre en alojamiento conjunto (rooming-in), marcar "SI". Se anota "NO" en caso de permanencia en la sala de hospitalización neonatal.

Egreso del Neonato

El que corresponda de acuerdo al estado de egreso.

Edad al alta o traslado

Los días y horas de vida del neonato en el momento del alta o traslado.

Edad al fallecer

Los días y horas de vida del neonato al fallecer.

Alimento al alta

El que corresponda.

PUERPERIO

Este sector cuenta con 3 columnas, cada una de ellas será destinada a un control postnatal durante la internación.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
HORA O DÍAS POST PARTO O ABORTO										TEMPERATURA										PULSO										TENSIÓN ARTERIAL										INVOL. UTERINA										CARACTERÍSTICAS DE LOQUIOS																																																	
Egreso Materno										Muerte materna										Método AC										Método de control																																																																					
Baja										Embarazo										Cesárea										DITU										Otro																																																											
Traslado										Feto										Puerperio										Otro																																																																					
Con Feto										Puerperio										Otro										Otro																																																																					

Horas o días de Postparto o Postaborto

Los horas o días transcurridos desde el parto o aborto al momento del control.

Temperatura

En grados centígrados con 1 decimal. Ej.: 36.4°C). Si es rectal, anotar "R", si es bucal "B", y si es axilar "A".

Pulso

Número de latidos por minuto.

Tensión Arterial

La máxima y la mínima en mm. Hg - Ej.: 110/70.

Involución Uterina

Anotar si existe o no buena retracción e involución del útero. Según normas locales, se anota en cm. o traveses de dedo, la altura del fondo uterino con respecto al pubis.

Características de Loquios

Según abreviaturas habituales en la institución.

Egreso de la Madre

En caso que haya fallecido, consignar el momento (embarazo, parto o puerperio).

Método Anticonceptivo

En caso positivo, marcar el método elegido.

CASOS ESPECIALES**CASO DE PARTOS MÚLTIPLES**

Cada parto se registra en una historia clínica propia en forma independiente del resultado perinatal (sea feto muerto o vivo). Se repiten los datos comunes, número de historia de la madre, antecedentes, etc.

Las historias se distinguirán por los datos de los partos y de los recién nacidos. El número de historia clínica del recién nacido permitirá diferenciar las historias durante el procesamiento de los datos.

CASO DE ABORTO

Se registran los datos de las siguientes secciones:

- * Identificación de la embarazada
- * Antecedentes
- * Embarazo actual
- * Patologías

- * Parto o aborto, dejando en blanco: presentación, frecuencia cardíaca fetal, meconio
- * Recién Nacido; sólo se anota el sexo y el peso al nacer
- * Puerperio

CASO DE FETO MUERTO

Cuando en el ítem muerte fetal se marca un "SI", en la sección RN se deberá anotar sólo:

- * Sexo
- * Appor primer y quinto minuto (anotar 0 (cero) en cada casilla)
- * Peso al nacer

Todas las otras secciones de la HCPS se llenan en la forma habitual.

GUIA PARA EL ADIESTRAMIENTO EN EL LLENADO DE LA HISTORIA CLINICA PERINATAL SIMPLIFICADA BASICA (HCPB) Y EL CARNE PERINATAL *

Normas Generales del Trabajo Grupal

El grupo elegirá un coordinador que deberá ordenar la discusión haciendo participar en la misma a todos sus integrantes. Se elegirá también a un relator, quien será el encargado de presentar en la reunión plenaria las conclusiones a las que el grupo llegó sobre las ventajas del modelo presentado, las eventuales dificultades del llenado de la HCPB y el carne perinatal y el planteo de sus posibles soluciones.

Se solicita al grupo que entre los criterios de evaluación se tomen en consideración:

- * Tiempo estimado para el llenado de la HCPB una vez superada la etapa de adiestramiento
 - * Interpretación y factibilidad del llenado de todos los rubros
 - * Confiabilidad de los datos registrados
 - * Utilidad de la HCPB como instrumento para la educación del equipo de salud, para el cumplimiento de las normas y para supervisión
 - * Utilidad del carne perinatal
 - * Evaluación del instructivo para el llenado
 - * Ventajas sobre los modelos preexistentes
 - * Conveniencia y factibilidad de la implantación de la HCPB y el Carne Perinatal
- El grupo irá desarrollando estas conclusiones en el transcurso de las actividades 1, 2 y 3.

Se tratará de que las dudas sean aclaradas en

grupo, evaluando la idoneidad del instructivo para resolverlos. Las dudas que no puedan resolverse en el grupo serán presentadas por el relator en la sesión plenaria.

Actividad 1: Tiempo estimado: 15 minutos

El grupo deberá elegir a dos de sus miembros, uno que representará el rol de embarazada y el otro el rol de médico. El que haga el rol de médico interrogará a quien haga el rol de embarazada para ir llenando los datos de la HCPB correspondientes a: identificación, edad, caracterización socio-cultural, antecedentes obstétricos. Los datos se anotarán además en el Carne Perinatal.

Previo a la elaboración de las conclusiones el grupo deberá consultar el instructivo y verificar si se han llenado correctamente todos los casilleros.

Actividad 2: Tiempo estimado: 20 minutos

El grupo deberá volcar en la HCPB los datos que figuran a continuación, completarlos y constatar si todos están correctamente registrados, consultando para ello el instructivo. Los datos se volcarán además en el carne perinatal. Luego de la elaboración de las conclusiones, el grupo pasará a la actividad siguiente.

EXAMENES NORMALES	EXAMENES ANORMALES	EXAMENES NORMALES	EXAMENES ANORMALES	EXAMENES NORMALES	EXAMENES ANORMALES	EXAMENES NORMALES	EXAMENES ANORMALES	EXAMENES NORMALES	EXAMENES ANORMALES	EXAMENES NORMALES	EXAMENES ANORMALES	EXAMENES NORMALES	EXAMENES ANORMALES	EXAMENES NORMALES	EXAMENES ANORMALES
CONSULTA N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
FECHA															
SEMANAS DE AMENORRUEA	7	13	25	35											
PESO (kg)	60	67	63.5	67											
TENSION ARTERIAL Sist./Diast. (mm Hg)	100/70	100/70	100/70	110/80											
ALT. UTER. (PRESENT)	1	12	23	32											
ECG (NORMAL/ANORMAL)	1	1	110/110	110/110											
PARTO (ABORTO/CESECTION)															
FECHA															
FECHA															

* Publicadas en Salud Perinatal Vol. 2, No 8, 1987

Actividad 3: Tiempo estimado: 35 minutos

El grupo deberá:

a) Volcar en la HCPSB los datos consignados en "Controles del Periodo Prenatal" del ejemplo siguiente:

PARTO PRENATAL		PARTO POSTNATAL	
HORA		HORA	
FC MATERNA	60	3	4
TENSION ARTERIAL	110/70		
CONTRACTILIDAD	3/35	3/35	1/1
ALTURA VAR POSIC	1/17	1/10	1/1
FC FETAL	140	140	
DIST CERV	6/8	8/8	
DIAGNOSTICO	0230	0230	0230

b) Leer la "Narración del trabajo de parto, examen neonatal y evolución postparto" y completar el llenado de la HCPSB con los datos allí presentados y con los de puerperio consignados en el ejemplo que se incluye.

c) Volcar los datos en el carné perinatal.

Narración del trabajo de parto, examen neonatal y evolución postparto.

El 1/1 (poner DD/MM/AA en que se realiza el taller), la gravida tiene un parto de inicio y terminación espontáneos, en catállica, con episiotomía con anestesia local a las 4:43 horas, luego de un periodo expulsivo de 15 minutos, en sala de partos. El alumbramiento espontáneo se produce a las 5:00 horas del mismo día. La placenta estaba completa al examen efectuado por la obstétrica Isabel González que atendió el parto, no comprobándose ningún desgarro.

El RN de sexo masculino es recibido por la enfermera de guardia, Raquel Tolosa, quien evalúa Puntaje de Apgar de 8 al 1er. minuto y 9 a los 5 minutos.

El recién nacido Jorge Rafael, HC Nro. 479636, pesa 3.200 Kg. observándose a los 7 minutos de vida un niño rosado que respira sin dificultad, con buen tono muscular que llora vigorosamente y que impresiona por examen físico de 36 semanas. VDRL en sangre de cordón negativo.

El examen de abdomen y cardiovascular es normal, durante el examen emite orina, con chorro miccional normal. Se pasa sonda rectal que sale sucia con meconio. La talla del niño es de 47 cm. y su perímetro cefálico de 33 cm.

El Recién Nacido es entregado inmediatamente a la madre con indicación de amamantamiento precoz. 2 días después madre e hijo son dados de alta con citación para consulta externa de crecimiento y desarrollo.

Los datos correspondientes a la hospitalización materna postparto transcribidos del ejemplo que figura a continuación.

MATERNAL		FETAL	
HORA		HORA	
RS 6 OAS POST PARTO O ABORTO	15-1	16	24/6
TEMPERATURA			36.8
PULSO MATERNO	90	90	70
TENSION ARTERIAL	110/70	110/70	110/70
INVOLO UTERINA	B	B	B
CARACTERISTICAS DE LOQUIOS	S/P	S/P	S/P

Previo al alta es asesorada sobre métodos contraceptivos y decide continuar con el método de condon.

Actividad 4: (1 hora)

Planeta con panel foro de discusión. Cada relator presentará las conclusiones de los grupos y luego se debatirá.

INSTRUCCIONES PARA PREPARAR EL EJERCICIO

Dado que se usa un ejemplo de 36 semanas de edad gestacional se establecerá para ello una fecha de última menstruación que coincida con la fecha de parto el día de taller.

Las fechas de las 4 consultas del ejercicio, deberán hacerse coincidir con las semanas de amenorrea desde la fecha de la última menstruación que se ha colocado.

Conviene que estos datos se anoten antes de entregar el ejercicio a los participantes.

ANEXO N°3

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LAS CONSULTAS PRENATALES

ACTIVIDADES PROPUESTAS	CONSULTAS				
	1	2	3	4	5
	SEMANAS DE AMENORREA				
	<20	22-24	27-29	33-35	38-40
Anamnesis	*				
Examen clínico general	*				
Medición de peso	*	*	*	*	*
Medición de talla	*				
Det. Presión arterial	*	*	*	*	*
Examen gineco-obstétrico	*				
Diagnóstico de embarazo	*				
Cálculo de la amenorrea	*	*	*	*	*
Diagn. Número de fetos	*	*	*	*	*
Eval. Cantidad liq. amniótico	*		*	*	*
Diagn. De vida fetal	*	*		*	*
Evaluación crecimiento fetal	*	*	*	*	*
Det. grupo sang. y Rh	*			*	
Detección de diab. gest.	*	*	*		
Examen de orina	*	*	*	*	
Detección de sífilis	*			*	
Determinación de Hb	*		*		
Evaluación de la pelvis				*	
Diagn. De presentación fetal			*	*	*
Evaluación de riesgo	*	*	*	*	*
Examen odontológico	*				
Vacunación antitetánica		*	*		
Administración de Fe y Ac. Fólico	*		*	*	*
Contenidos educativos	*	*	*	*	*

ANEXO N° 4.

ANEXO 4/1.

DATOS EXTRAÍDOS DE: "DIAGNOSTICO DE SITUACIÓN PERINATAL NO HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL FRANCISCO MORATO DE OLIVEIRA" SAO PAULO, BRASIL AÑO 1990.

AUTORES:
UMBERTO GAZI LIPPI.
KENZI SHIGUEMAIST.
LUCY DUALLHI CASANOVA.
SIDNEY A.L. GARCIA.
HARTMUTA GRABERT.

TABELA 20 - IDADE MATERNA EM RELAÇÃO AO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO À PRIMEIRA CONSULTA PRÉ-NATAL.

TRIMESTRE DE GESTAÇÃO	IDADE MATERNA (ANOS).										41 E MAIS		TOTAL			
	ATÉ 15		16-20		21-25		26-30		31-35		36-40					
	N	FR%	N	FR%	N	FR%	N	FR%	N	FR%	N	FR%	N	FR%		
1º	3	20	21	16,5	94	30	187	41	137	35,5	84	38	18	38,3	544	35
2º	9	60	65	51,2	130	42,8	196	43	176	45,6	92	41,6	19	40,4	687	44,2
3º	3	20	41	32,3	80	26,3	73	16	73	18,9	45	20,4	10	21,3	325	20,9
total	15	100	127	100	304	100	456	100	386	100	221	100	47	100	1536	100

ANEXO 4/2.

**DATOS EXTRAÍDOS DEL SISTEMA INFORMATIVO PERINATAL
PARAGUAYO DEL CLAP.
PUBLICADO AÑO 1994.**

TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS.

**DISTRIBUCIÓN DEL 1º CONTROL PRENATAL SEGÚN LA
EDAD DEL EMBARAZO.**

N = 17.846.

	N	%
PRIMER TRIMESTRE	1.270	7,1
SEGUNDO TRIMESTRE	3.517	19,7
TERCER TRIMESTRE	5.420	30,4
SIN FECHA	7.639	42,8

ANEXO 4/3.

**DATOS EXTRAÍDOS DE: "PERINATAL STUDY OF BELIZE. FIRST
ANTENATAL VISIT, BRITHS OF SECOND SEMESTRE OF 1997"**

AUTOR: Dr. ERNEST PATE.

CONCURREN A CONTROL EN EL:

PRIMER TRIMESTRE	12,3%
SEGUNDO TRIMESTRE	58,5%
TERCER TRIMESTRE	29,2%

ANEXO 4/4

DATOS EXTRAÍDOS DE: SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL, " DIEZ AÑOS DE DATOS EN LA MATERNIDAD SARDA DE BUENOS AIRES ARGENTINA, SETIEMBRE 1998." CLAP. OPS/OMS.

AUTORES:
FRANCO SIMINI
CARLOS GRANDI.

"INDICADORES DE ATENCIÓN PERINATAL

Introducción:

Los datos de las historias clínicas permiten recopilar información sobre la atención perinatal ofrecida. Desde la cantidad de controles prenatales hasta la tasa de cesáreas, existen indicadores que pueden servir para planificar la atención.

Todas las cifras presentadas en este capítulo fueron obtenidas de las salidas standard de los programas de computación del SIP: ESTADISTICA BASICA, DESCRIPCION DE UNA VARIABLE Y EVALUACIÓN DEL CONTROL PRENATAL.

Control prenatal.

La evaluación del control prenatal puede hacerse examinando tres indicadores: el porcentaje de embarazadas que consultan aunque sea una vez antes de presentarse para el parto, la media del número de controles y la distribución de la cantidad de controles por embarazada. La Tabla 11 presenta la evolución de la cobertura del control prenatal, la tabla 12 indica la media de visitas por embarazada y la tabla 13 el porcentaje de control precoz.

TABLA 11 –COBERTURA DEL CONTROL PRENATAL.

AÑO	C. CONT.
1988	71%
1989	66%
1990	73%
1991	80%
1992	72%
1993	70%
1994	79%
1995	79%
1996	79%
1997	78%

Porcentaje de embarazadas que concurren por lo menos una vez a control prenatal.

El control del embarazo mantiene una cobertura que oscila alrededor del 80% desde 1991, con una disminución en 1992 – 1993.

Los años anteriores abarcaban solamente al 70% de las embarazadas.

El número de consultas por embarazada controlada tiende a aumentar de 4 a más de 5 controles en una década, como se indica en la tabla 12.

TABLA 12 – MEDIA DE VISITAS PRENATALES POR EMBARAZADA.

AÑO	Nº CONT.
1988	4,1
1989	3,9
1990	4,1
1991	4,4
1992	4,2
1993	4,8
1994	4,8
1995	5,1
1996	5,2
1997	5,4

Media de controles de la embarazada controladas.

Analizando el conjunto de los 10 años de datos, el 23% de las embarazadas tuvo 9 controles o más durante el embarazo.

La captación antes de las 20 semanas de embarazo tuvo la distribución indicada en la tabla 13. Se observa una tendencia a aumentar la consulta precoz desde el 20% hasta más de un tercio de las embarazadas controladas. En 1990 fue mayor de lo habitual el porcentaje de controles sin fecha, lo que hace aparecer como menor la cantidad de captaciones precoces.

TABLA 13 – CONTROL PRENATAL ANTES DE LA SEMANA 20.

AÑO	<20 SEM.
1988	20%
1989	27%
1990	15%
1991	21%
1992	19%
1993	31%
1994	31%
1995	32%
1996	33%
1997	34%

El denominador es la cantidad de embarazadas que tienen por lo menos un control documentado en el SIP...

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ASISTIDA.

Introducción.

En este capítulo se presentan indicadores que describen la población asistida. La escolaridad de las embarazadas es un indicador del nivel socioeconómico y educativo...

Escolaridad de las embarazadas.

Mediante el programa de CRUCE DE DOS VARIABLES del SIP se analizaron la variable ESTUDIOS de las embarazadas y la variable AÑO DEL PARTO (TABLA 3).

TABLA 3 NIVEL EDUCATIVO DE LAS EMBARAZADAS.

B ->	NINGUNOS	PRIMARIA	SECUNDA-	UNIVERS-	SIN DATO	
88	108 2.16%	2887 57.7%	1833 36.6%	177 3.54%		5005
89-90	310 2.94%	5910 56.0%	3951 37.5%	375 3.56%		10546
91	266 4.14%	3627 56.5%	2322 36.2%	207 3.22%		6422
92	46 0.80%	3129 51.2%	2379 41.2%	217 3.76%	1 0.02%	5772
93	44 0.71%	3197 51.4%	2128 34.2%	162 2.61%	686 11.0%	6217
94	57 0.79%	3861 53.7%	3057 42.5%	152 2.11%	65 0.9%	7192
95	55 0.81%	3497 51.6%	2869 42.3%	115 1.7%	241 3.56%	6777
96	48 0.67%	3500 48.9%	3139 43.9%	136 1.90%	334 4.67%	7157
97	43 0.7%	3096 49.6%	2673 42.8%	133 2.1%	300 4.8%	6245
TOTAL.	966	31523	23373	1625	1509	58996

Se desconoce el nivel educativo del 2.6% de las embarazadas, porcentaje que alcanza el 4.7% en los últimos dos años, en contraste con la información completa de los primeros 5 años.

El porcentaje de embarazadas sin ningún tipo de estudios se mantiene en 0.8% o menos desde 1992. Se observa una disminución de la proporción de embarazadas universitarias y de educación primaria, compensada por el aumento de las que accedieron a educación secundaria con cerca del 44% en los últimos dos años.

Recordar que la variable ESTUDIOS indica el nivel máximo en el que se desempeñó la paciente.

ANEXO Nº5

DATOS DEL SISTEMA INFORMATICO PERINATAL.

TABLA 11 - Captación de embarazadas 1995.

URUGUAY	>20 sem. 28%	20y29sem. 45%	<29sem. 17%	Sin fecha 10%
---------	-----------------	------------------	----------------	------------------

Fuente: Sistema Informático Perinatal en el Uruguay 1996.

Síntesis del capítulo de indicadores perinatales en el Interior y Montevideo del SIP en el Uruguay 1996 de donde se obtuvo:

INTERIOR:

Antigás-----	45.7%	Control Prenatal Tardío
Canelones-----	48%	Control Prenatal Tardío
Durazno-----	52.5%	Control Prenatal Tardío
Flóres-----	60%	Control Prenatal Tardío
Maldonado-----	48.9%	Control Prenatal Tardío
Paysandú-----	52.3%	Control Prenatal Tardío
Rocha-----	46.5%	Control Prenatal Tardío
San José-----	51.5%	Control Prenatal Tardío
Soriano-----	71%	Control Prenatal Tardío

Los departamentos que no figuran en el listado son porque no aportaron datos.

MONTEVIDEO

INSTITUCIÓN	% CONTROL PRENATAL TARDIO
Asoc. Española	43.4%
Cemeco	53%
Cima España	50.5%
Círculo Católico	39%
Hospital de Clínicas	78%
Hospital Militar	50%
Policial	48.4%
Impasa	30%
Médica Uruguaya	46.6%

CONTROL PRENATAL 1997.

	10-19 AÑOS. 2139 CASOS	20-49 AÑOS. 6331 CASOS
CON CONTROL PRENATAL	82,3%	75,5%
ANTES 20 SEM	44,0%	44,8%
1 CONTROL	7,3%	7,3%
2 CONTROL	8,6%	8,8%
3 CONTROL	9,9%	9,3%
4 CONTROL	10,7%	11,2%
5 CONTROL	11,0%	11,9%
6 CONTROL	11,5%	11,2%
7 CONTROL	9,8%	9,1%
8 CONTROL	9,0%	8,0%
9 O MAS	22,4%	22,5%

FUENTE: HOSPITAL PEREIRA ROSSELL
AÑO 1997

ANEXO 6

SINTESIS DEL ARTICULO PUBLICADO EN LA REVISTA MEDICA URUGUAYA.

"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CONCURRENCIA AL CONTROL PRENATAL EN MONTEVIDEO, URUGUAY".

Resultados:

La muestra constó con 220 puérperas, de éstas un 30% cursaron embarazos no controlados y 70% tuvieron uno o más controles, según el carné perinatal. El promedio de controles fue de 5,4 por embarazo controlado.

Un 12,7% concurren en forma precoz, antes de la semana 14, un 37,2% en el segundo trimestre y un 17,2% en el tercer trimestre. Antes de la semana 20 concurren a los controles un 29,1% de las puérperas.

De la población encuestada, 35,9% no completaron primaria, 23% eran solteras sin pareja estable, 36,4% eran casadas y 38,6% mantenían una unión estable. Menores de 19 años eran 16,8%, mayores de 35 8,6%, trabajaban un 26,4% de las puérperas...

Factores de riesgo:

Se encontraron para aquellas pacientes que no participaron en los controles los siguientes factores de riesgos como estadísticamente significativos:

- ❖ Primicia incompleta.
- ❖ Soltera sin pareja estable.
- ❖ Sin carné de asistencia.
- ❖ Desconocimiento del plan de INDA.

No pudieron ser comprobados como factores de riesgo estadísticamente significativo para la no concurrencia al control prenatal la adolescencia, el vivir alejada de la policlínica, el desconocimiento de la importancia de los controles, el embarazo no deseado, la gran multiparidad y la actividad laboral...

CUADRO 1		
Control prenatal e inicio del control en el grupo entrevistado		
	n	%
Entrevistas	220	100
No controladas	66	30
Controladas	154	70
Inicio < 14 sem.	28	12,7
Inicio 14-28 sem.	82	37,2
Inicio > 28 sem.	38	17,2
Sin datos	6	2,7
Inicio > 20 sem.	64	29,1

FUENTE: R.M.U AÑO 1992.

CUADRO 2			
Datos sociodemográficos de la muestra.			
		n	%
Edad	< 19	37	16,8
	19-36	164	74,6
	> 36	19	8,6
Estado civil	Casada	80	36,3
	Unión Estable	90	40,9
	Soltera	60	22,7
Educación	Primaria	141	64,1
	Completa		
	Primaria Incompleta	79	35,9
Trabajo	Si	58	26,4
	No	162	73,6

FUENTE: R.M.U. AÑO 1992.

CUADRO 7

Factores de riesgo para la no concurrencia en el grupo de todas las entrevistadas y factores de riesgo para el inicio tardío del control prenatal en el grupo de las controladas.

FUENTE: R.M.U. AÑO 1992.

	Grupo de las entrevistadas N = 220		Grupo con control n = 154	
	No controlada n = 66	controlada n = 154	control ≥ 14 sem. n = 120	control < 14 sem. n = 28
Primaria incompleta	33 (50%)	46 (29%)	34 (28%)	12 (43%)
Edad < 19 años	11 (16%)	26 (17%)	19 (16%)	7 (25%)
Soltera sin pareja estable	24 (36%)	26 (17%)	24 (20%)	2 (7%)
Trabaja	19 (29%)	39 (25%)	33 (28%)	6 (21%)
Mal acceso a la policlinica	15 (23%)	44 (29%)	41 (34%)	3 (11%)
Embarazo no deseado	41 (62%)	81 (53%)	70 (58%)	11 (39%)
Sin carné de asistencia	36 (55%)	46 (30%)	37 (31%)	9 (32%)
Falta de información sobre control prenatal	25 (38%)	41 (27%)	37 (31%)	4 (14%)
Más de 3 hijos	17 (26%)	30 (19%)	26 (22%)	4 (14%)
Desconocimiento del programa nutricional (INDA)	21 (32%)	28 (18%)	24 (20%)	4 (14%)

DISCUSIÓN:

El presente trabajo tiene dos finalidades. La primera es de esclarecer el grado de aceptabilidad de los programas de control prenatal en el sector de salud pública por parte de las embarazadas de dicho sector. La segunda es identificar los factores que

podieran influir de manera positiva o negativa en la concurrencia a los controles prenatales.

Nuestros resultados son los mismos que en otras investigaciones en lo que se refiere a los factores escolaridad y estado civil. Las embarazadas sin pareja estable y aquellas que no han finalizado la escuela primaria, quienes ya se encuentran en una situación de riesgo en cuanto a la morbilidad y mortalidad materno-infantil, son las que menos asisten al control prenatal.

Encontramos que las adolescentes asisten a los controles con la misma frecuencia que las embarazadas adultas, aunque en muchos trabajos se habla de la adolescencia como un factor de riesgo....

CONCLUSION

Podemos afirmar que algunas razones para la inasistencia a los controles prenatales en Montevideo son las mismas que en otras regiones pero que hay otras en las que juega un papel importante los factores locales.

Parecería posible elevar la tasa de concurrencia a los exámenes de control durante el embarazo con un cambio en la estructura organizativa de las policlínicas y una política de información que considere las particularidades específicas de Montevideo.

Hay que reconocer que estas medidas implicarían gastos adicionales para el sistema de salud. Para las gestantes un aumento de controles implicaría más tiempo fuera, en un estudio de costo-beneficio realizado en 1985 en EEUU, se estima que cada dólar invertido en el control prenatal de gestantes en riesgo social, reduce en 3,4 dólares los gastos en asistencia médica directa en el primer año de vida. Esta disminución de costo se vincula sobre todo a la reducción de la tasa de Bajo Peso al Nacer.

Estamos convencidos, que también en el Uruguay, una medida preventiva como es la inversión en el control prenatal, tendría una mejor relación de costo-beneficio que medidas terapéuticas costosas que son necesarias para el tratamiento de recién nacidos de bajo peso al nacer y recién nacidos prematuros.

ANEXO 7.

SINTESIS DE ENTREVISTAS REALIZADAS A DIVERSOS PROFESIONALES.

Estas entrevistas fueron realizadas al comienzo de nuestra investigación.

- ❖ *Licenciada Marlene Peleteiro, servicio de Maternidad y Ginecología, piso 16 del Hospital de Clínicas "Dr Manuel Quintela", quien nos aportó como dato importante que " el 70% de las embarazadas que concurren al servicio se controlan tardíamente".*
- ❖ *Dra Estela Conselo Ginecóloga, brinda atención en Policlínica de Adolescente en el Hospital Pereira Rossel. Nos informó que: " el control prenatal tardío se da en un 28% tanto en adolescentes como en adultas. "*¹
- ❖ *Licenciada Margarita Garay, Docente del Departamento de ENSAME del Instituto Nacional de Enfermería (INDE), coordinadora de la Policlínica de Colon dependiente de la IMM. Nos informó que: " el control prenatal tardío se da en un 65% de las embarazadas en el año 1998".*
- ❖ *Licenciada Nely de Biasi, coordinadora de Policlínica Giraldes dependiente de la IMM. Nos aportó como dato relevante que: " el 30% de las embarazadas se controlan tardíamente en dicho servicio".*

ANEXO N° 8.

CENTRO DE DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN EN MEDICINA.

LILACS/CD-ROM- 31i edición

1/1

Id : CDR 31/132345.

Au: Albrecht Von Waldenfels, Hans; Pflanz Maryann, Ramón Jorge.

Ti: "factores que influyen en la concurrencia al control prenatal en Montevideo, Uruguay".

Pu: Revista Médica Uruguaya. 8(1): 61-69, abril 1992 ilus.

	enero 1-15 16-31	febrero 1-15 16-28	marzo 1-15 16-31	abril 1-15 16-30	mayo 1-15 16-31	junio 1-15 16-30	julio 1-15 16-31	agosto 1-15 16-31
Revisión bibliográfica metodológica.	—							→
Revisión bibliográfica del tema.								→
Tutorías.			▶		▶ ▶ ▶	▶	▶	▶
Selección del tema y bibliografía del mismo.			—	—	→			
Justificación del tema y entrega de informe.				—	→			
Realización del anteproyecto y entrega.					—	→		
Prueba piloto.							→	
Realización del protocolo.							→	
Ejecución.						—	→	
Análisis de datos.								→
Entrega de informe.								→

ANEXO N° 9

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ANEXO N°10

FORMULARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.

POLICLINICA DE COLOÓN.

-N° REGISTRO:

--	--	--	--	--	--	--	--

FUM

--	--	--

SIN DATO

--

-FECHA PRIMER CONTROL:

--	--	--

SIN DATO:

--

-SEMANAS DE AMENORREA:
EN PRIMER CONTROL

--	--	--

SIN DATO:

--

-EDAD:

--	--

AÑOS

SIN DATO:

--

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

--	--

AÑOS APROBADOS. SIN DATO:

--

-SITUACIÓN DE PAREJA: CON UNION ESTABLE

--

SIN UNION ESTABLE

--

SIN DATO

--

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO.

N° REGISTRO: DOCUMENTO DE IDENTIDAD DE LA USUARIA.

FUM: FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN.

FECHA PRIMER CONTROL: FECHA DE LA CONSULTA CORRESPONDIENTE AL CASILLERO CON N°1 EN LA H.C.

SEMANAS DE AMENORREA AL PRIMER CONTROL: FECHA DE SEMANAS DE AMENORREA CORRESPONDIENTE AL CASILLERO N°1 DE LA H.C.

EDAD: TIEMPO EN AÑOS CUMPLIDOS AL MOMENTO DEL PRIMER CONTROL PRENATAL (SEGÚN DECLARACIÓN DE LA EMBARAZADA).

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: EL ÚLTIMO AÑO APROBADO DEL MÁXIMO NIVEL ALCANZADO POR LA EMBARAZADA.

REFERENCIAS: 0 AÑOS ANALFABETO, FALTA DE INSTRUCCIÓN.
6 AÑOS PRIMARIA COMPLETA.
12 AÑOS SECUNDARIA COMPLETA.
18 AÑOS ESTUDIOS TERCARIOS

SITUACIÓN DE PAREJA: SE CLASIFICA: - CON UNION ESTABLE
- SIN UNION ESTABLE.

ENTIENDE POR UNION ESTABLE LA CONVIVENCIA PERMANENTE CON UN COMPAÑERO, CON O SIN FORMULACIÓN LEGAL.