



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO MATERNO-INFANTIL

CARACTERIZACIÓN DE LAS EMBARAZADAS QUE NO CUMPLEN CON LA CANTIDAD MÍNIMA DE CONTROLES PRENATALES

AUTORES:

Br. Faust, Sandro
Br. Rebellato, Tanina
Br. Villarino, Williams

TUTOR:

Lic. Enf. Pérez, Mercedes

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

Montevideo, 1999

AGRADECIMIENTOS :

Queremos agradecer la colaboración de aquellas personas (docentes y familiares) que de alguna u otra manera brindaron su tiempo y conocimiento para hacer posible la realización de este trabajo.

INDICE :

	PAG.
• INDICE	1.
• INTRODUCCION	2.
• IMPORTANCIA DEL PROBLEMA	4.
• DEFINICION Y FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA.....	5.
• DELIMITACION DEL PROBLEMA	8.
• OBJETIVOS	9.
• MARCO TEORICO	10.
• DISEÑO METODOLOGICO	22.
Tipo	22.
Población	22.
Variables	22.
Instrumento	25.
Recursos Humanos	25.
Recursos Materiales	25.
Recursos Financieros	26.
• ANALISIS GENERAL	27.
• CONCLUSIONES	33.
• SUGERENCIAS	36.
• EVALUACION	39.
• BIBLIOGRAFIA	40.
• ANEXOS	42.

INTRODUCCION :

El presente trabajo es realizado por tres estudiantes de generación '89-90 del Instituto Nacional de Enfermería (INDE) como tesis de investigación final de nuestra carrera.

Frente a la exigencia curricular de realización de la misma, se nos brinda la posibilidad de elegir un tema de interés como es "Caracterización de las embarazadas que no cumplen con la cantidad mínima de controles prenatales" según normas del Ministerio de Salud Pública, en el Hospital de Canelones y Sanatorio CO.ME.CA (Cooperativa Médica de Canelones) de la ciudad de Santa Lucía (Canelones), en el período comprendido entre Enero y Junio de 1998.

Como consecuencia del incumplimiento de los controles mínimos prenatales, es frecuente el embarazo mal o no controlado con las complicaciones del estado grávido.-puerperal y en los primeros meses de vida del producto de la concepción, lo que redundará en alteraciones bio-psico-sociales transitorias o permanentes del binomio madre-hijo y por extensión la familia.

Esto nos ha llevado a pretender encarar esta problemática que nos involucra a todos y en especial a los profesionales de la salud, ya que entendemos que la Prevención, Promoción, Educación y Atención, son pilares básicos para mantener la Salud Individual, Colectiva y Familiar.

Dicho estudio es descriptivo, con un diseño retrospectivo; se instrumentará en el Archivo del Hospital "Dr. Francisco Soca" de Canelones y Sanatorio de la Cooperativa Médica de Canelones (Filial Santa Lucía) mediante el llenado de una ficha previamente estructurada, en la cual se utilizaron como variables fundamentales el control prenatal en número, en

relación a los factores :

- edad,
- estado civil,
- nivel de instrucción,
- lugar de residencia, y
- ocupación de las embarazadas.

Se estudiará la población objeto, a través de las historias clínicas de las embarazadas con 4 controles o menos, que tuvieron el parto en dichos centros, en el período Enero-Junio 1998.

El análisis de los datos se realizará utilizando el método descriptivo, presentando tablas de frecuencia, absoluta, relativa y gráficas.

IMPORTANCIA DEL PROBLEMA :

El conocimiento del estado grávido puerperal como reversible y fisiológico, y de nuestra tarea en asumir su asistencia y gestión colaborando con el equipo de salud materno-infantil, nos compromete a colaborar para que los niños se gesten en las mejores condiciones, siendo producto del pasado bio-sico-social de sus padres, se gestan en un presente y se proyectan al futuro. Siendo necesario conocer la normalidad para detectar las alteraciones, y dado el papel preponderante de la mujer en la sociedad, activa y responsable de la evolutividad familiar, es preciso realizar una serie de actividades tendientes a valorar, cuidar y reforzar su salud en general, reproductiva en particular; implementándose el control prenatal para mejorar la calidad de asistencia que redunde en la calidad de vida del binomio asegurando el transcurso del embarazo en las mejores condiciones, para acceder a un nivel de salud que le permita vivir el parto como un evento feliz, realizándose como persona, mujer y madre, con un producto de la gestación protegido desde su origen.

El control Prenatal con acciones y tecnologías apropiadas de bajo costo, adecuado en cantidad y calidad han mostrado el impacto que produce en la salud materno infantil, claro ejemplo de medicina preventiva, con medidas sencillas, abarcables ya desde el primer nivel de atención y diferenciadas según los riesgos, tiene un enorme potencial para contribuir a descender la mortalidad infantil, y los gastos en recursos en pro de la calidad creciente, lográndose maximizar los resultados; son así las embarazadas , merecedoras por parte de los sistemas de salud, de una atención integral y programada que actuará sobre el núcleo familiar en última instancia.

DEFINICION Y FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA :

En relación al tema control prenatal, se estudiará como problema las características de las embarazadas :

- edad,
- estado civil,
- nivel de instrucción,
- lugar de residencia, y
- ocupación,

con la cantidad mínima de controles prenatales según normas del Ministerio de Salud Pública en el Hospital "Dr. Soca" de Canelones y la Cooperativa Médica de Canelones (Filial Santa Lucía) en el período comprendido entre Enero-Junio 1998.

Sobre el tema Control Prenatal se ha observado que los datos no son actuales y apuntan a estadísticas generales a nivel de otros países y dentro de Uruguay particularmente realizados en Montevideo en Centros de Referencia de todo el país, concentrándose escasos datos en Canelones, segundo departamento más poblado según Censo de 1996 (443. 053 habitantes – Instituto Nacional de Estadísticas I.N.E.); que suponemos interesante para investigarlo dado que en dichos centros de este departamento :

- No se han realizado estudios de este tipo que valoraría la realidad local de las embarazadas y su afectación sobre el Control Prenatal.
- Funcionan como centros de referencia de bajo y mediano riesgo con amplia zona de influencia departamental con cobertura amplia en la zona, a nivel público y en el privado asiste afiliadas del Sistema Mutua y Asignaciones Familiares.

Canelones ocupa el segundo lugar en número de muertes de niños menores de un año : 133 en un total de 7106 nacidos vivos para 1994, según Ministerio de Salud Pública (M.S.P.).(Ver Anexo N° 2.)

Muchas veces el cumplimiento de los controles prenatales escapa a las posibilidades de control del personal de salud, ya que en algunos casos las Instituciones sufren de carencias de recursos materiales y humanos que impiden el logro de los objetivos de los programas prioritarios del Ministerio de Salud Pública.

Esto ocasiona embarazadas mal o no controladas que implican un mayor gasto para las Instituciones, en medicación y tratamientos especiales que podrían evitarse.

Se estudiará la relación entre Control Prenatal y los factores relacionados en estos dos centros de Canelones, Público y Privado, porque :

- a) Interesa conocer como influyen en el comportamiento de las mujeres en relación al embarazo, y a que la población que se asiste en uno u otro se consideran con características distintas y pueden originarse en factores capaces de ser un riesgo que complica la gravidez y al futuro ser.
- b) Nos consta que en ambos lugares, centros de referencia departamental, se aplican las normas del M.S.P., desconociéndose los factores que inciden para el no cumplimiento del número mínimo de controles que se han pautado por el organismo rector a nivel nacional (M.S.P.) (Ver anexo N° 3).
- c) Según las estadísticas (1996 – Sistema Informático Perinatal en el Uruguay) Canelones presenta 48% de la población embarazada con control prenatal tardío (> 24 semanas al 1er. control).

Dichos centros son elegidos para este estudio en virtud de su localización geográfica como lugares de fácil acceso para el grupo, amplio horario del sector Archivo, posible de ser abarcado en el tiempo asignado, disponiendo de un número suficiente de historias clínicas de embarazadas, siendo posible su abordaje ya que se cuenta con disposición respecto de las controladas de ambos centros que consideran interesante el tema; también es posible realizarlo ya que los recursos materiales a utilizar son de fácil y oportuna obtención, y serán tenidos en cuenta los aspectos éticos de investigados-investigadores a cubierto.

Se pretende contribuir con nuestro aporte que derivará de los resultados y su análisis a una mejor visión de la realidad del problema a nivel local que redundará en un futuro en acciones de enfermería y del equipo de salud para prevención y promoción de salud, control, atención de las embarazadas donde la enfermería universitaria debe ser el elemento dinamizador de dicha labor.

DELIMITACION DEL PROBLEMA :

Identificar las características de las embarazadas (edad, estado civil, nivel de instrucción, lugar de residencia y ocupación) que no cumplen con la cantidad mínima de controles prenatales según normas del Ministerio de Salud Pública en el Hospital Dr. Soca (Canelones) y Sanatorio Cooperativa Médica de Canelones (Filial Santa Lucía) en el período comprendido entre Enero-Junio 1998.

TEMA :

CARACTERISTICAS DE LAS EMBARAZADAS QUE NO CUMPLEN CON LA CANTIDAD MINIMA DE CONTROLES PRENATALES.

OBJETIVO GENERAL :

Conocer las características de las embarazadas que no cumplen con la cantidad mínima de controles prenatales , según normas del Ministerio de Salud Pública, en el Hospital de Canelones y Sanatorio CO.ME.CA. en el período Enero-Junio 1998. X

OBJETIVOS ESPECIFICOS :

- 1) Caracterizar a la población de estudio según edad, estado civil, nivel de instrucción, lugar de residencia y ocupación.
- 2) Identificar aquellas que han presentado menos de cinco controles prenatales en el embarazo.
- 3) Comparar y comentar las características de las embarazadas que no realizan un mínimo de controles prenatales en las dos instituciones de estudio.

MARCO TEORICO :

El concepto de bienestar de la mujer en general , se extiende al feto y recién nacido, dado el papel hacedor de vida reconocido a la mujer, considerando el embarazo como un estado fisiológico de realización personal y de cuidado por parte de ésta, y de las sociedades que están entendiendo que además de la gravedad de las pérdidas de vida en el período perinatal, es por demás importante las secuelas reales y/o potenciales impuestas por daños neuropsíquicos, resultados de enfermedades e injurias, la mayoría evitables en el período pre e intra nacimiento; también preocupan los elevados costos financieros que se generan en la aplicación de cuidados generales a los recién nacidos con problemas de salud, en especial los bajos pesos al nacer, ya que éstos son importantes indicadores socio-económicos y de la capacidad reproductiva de las mujeres.

Es necesario que la procreación del ser humano se realice con las máximas posibilidades de un crecimiento y desarrollo normal.

Deben utilizarse todos los conocimientos de Medicina Preventiva y Asistencial a la madre y producto de la gestación para garantizar a todo ser humano el mejor comienzo de la vida; la inversión que se haga al respecto contribuye a mejorar la calidad de vida de una persona que tiene larga expectativa vital.

El período perinatal es especialmente vulnerable para noxas que pueden causar secuelas minusvalidantes que afecten las capacidades y aptitudes motoras, sensoriales, sico-afectivas y de trabajo ulterior.

La atención del bienestar y salud materno infantil es una necesidad indispensable en todos los tiempos y países, sin importar cual sea el grado de desarrollo o resultado de la población a entender, su vulnerabilidad derivada de las exigencias de los procesos de reproducción , crecimiento y desarrollo que

constituyen su constante bio-sico-social fundamental y de las condiciones adversas del ambiente. La mujer es al mismo tiempo consumidora y dispensadora de salud, en la familia y la comunidad, donde el ciclo de la vida reproductiva se ve afectada por la influencia del micro y macro ambiente, concretándose en factores sico- físicos- económicos, culturales y sociales que influyen en la persona, aumentan su riesgo de enfermar y/o morir.

La función reproductiva y el peso que tienen en la salud y educación de la familia, hace que las mujeres sean un grupo de población específica, vulnerable, al cuál dirigir programas de atención integral a su salud.

En América Latina y el Caribe la población femenina, económicamente activa, aumenta desde 10 (diez) millones en 1960 a 48 (cuarenta y ocho) millones en 1990, y se estima que a fines de siglo alcanzaría los 65 (sesenta y cinco) millones según CEPAL, lo que ha determinado cambios en los patrones de reproducción; influyen irregularmente la distribución del ingreso del crecimiento demográfico acelerado, en la áreas de menor desarrollo y el fenómeno de grandes migraciones desde las zonas rurales a las urbanas.

La situación de la mujer en el continente ha cambiado, ha sido alentadora la tasa de crecimiento demográfico entre 50 y 60 %, para descender a una fecundidad de 4,1 a 3,1 hijos por mujer.

Según material bibliográfico proveniente de la base de datos del S.I.P. (Sistema Informática Perinatal), CLAP VOL. 3 No. 10, 1990 (pág 122) hay una asociación entre menor control prenatal y mayor frecuencia de muertes fatales en gestantes con algún control anterior a las 20 semanas, considerándolo riesgo relativo de muerte fetal en 2,3 veces más en aquellas con menos de cuatro (4) controles prenatales en relación a cuatro (4) y seis (6) controles; a su vez los nacidos de término (37 a 40 semanas) tienen 1,72 veces más riesgo de muerte en los de menos de 3 controles que en los de mayor a 4 controles.

Estos indicadores se acompañan de cifras como las de la mortalidad materna entre 20.000 a 30.000 mujeres/año por complicaciones referidas al embarazo, parto y puerperio, marcando la diferencia entre países en desarrollo y los en vías.

Por ejemplo en Europa, 1/10.000 mujeres están expuestas a la muerte por dichas causas, siendo en América Latina la proporción de 1 c/79 mujeres. Al mismo tiempo existen diferencias entre los lugares de un mismo país y entre los mismos de un mismo sector de las Américas : Paraguay, Bolivia, Perú, Guatemala y Honduras presentan cifras de 22/10.000 nacidos vivos, mientras que en Panamá, Venezuela, Chile, Costa Rica y Uruguay se encuentran cifras inferiores a 6/10.000.

Para Uruguay según los datos de 1985 (Ministerio de Salud Pública), la tasa global de fecundidad era de 2,1 hijos en Montevideo y 2,8 hijos para el interior.

Estas tasas varían según el nivel educacional con 3,3 para el nivel primario y 1,5 para mujeres con estudios universitarios.

La Mortalidad materna provocaba en Uruguay en 1980 (5/10.000 nacimientos) situándose entre los países de más bajos porcentajes (4/10.000 Costa Rica y 6/10.000 Cuba).

En 1987 disminuyó a 2,8.

Según igual fuente (M.S.P 1997) para Uruguay sobre un total de población de 3.164.000, el número de mujeres es de 1.632.000, con localización predominante urbana, habiendo para el interior cifras de 88,2 %, con tasa de fecundidad de 2,3 hijos y una tasa de mortalidad de 10,3 %.

Los cabios resultantes del desarrollo social, acelerada urbanización, inserción al mercado laboral, aumento del número de hogares con unica figura femenina, condicionan a la mujer tensiones y demandas nuevas que han aumentado los riesgos a enfermedades generales, vinculadas a la actividad reproductiva y la etapa post-reproductiva.

Las mujeres consultan en general cuando presentan síntomas y signos priorizando la salud familiar en especial la de los hijos en relación a la propia, no siendo habituales a su manejo los conceptos de promoción y prevención femeninas.

El cuidado del embarazo y el parto son prioritarios para Uruguay, ya que sus niveles de Mortalidad Perinatal y más aún infantil en particular, los recién nacidos de bajo peso, si bien han disminuído, pueden tener una pendiente de descenso más pronunciada con acciones básicas que aseguran la calidad y cobertura de los actuales servicios a las mujeres y sus familias.

Según M.S.P. 1997 "Salud del Uruguay en cifras" la mortalidad infantil en menores de 1 año c/1000 nacidos vivos, pasa de cifras de 20,0 % en 1990 a 17,5 % en 1996 a predominio de los sectores más carenciados, siendo el mejor indicador de situación sanitaria que la OMS (Organización Mundial de la Salud 1980) considera mejorable para Uruguay, casi exclusivo en su situación para los sectores de menores recursos, menor nivel cultural y zona sub-urbana.

En cuanto a la población a atender y de los recursos disponibles en el sector público las cifras pasan de 25,0 % -1991 a 19,5 %- 1996, en el privado (Instituciones colectivas y Sanatorios) ; 13,8 % -1991 a 10,4 % en 1996 concuerdan con el elevado índice : 99 % de partos institucionales en 1996 (MSP) Uruguay, con un incremento del control prenatal: 1er. Trimestre 33,9 %, 2do. Trimestre 38,9 % y 3er. Trimestre 19,7 %.

En relación a grupos etarios los porcentajes de nacimientos en madres mayores de 20 años alcanzan el 17,6 % y en 15 a 19 años el 65,4 %.

En el estudio comparativo de las características del control Prenatal en Usuarías del Hospital Pereira Rossell (APS MSP Doc. No. 15- 1992) en el período 1985-1989 realizado por el Dr. Bustos y Colaboradores se asegura que el Control Prenatal favorece el descenso de la Mortalidad Materna y Perinatal,

habiéndose constatado un aumento en los últimos años, con una cobertura global del 81 % en 1989 en relación a 1992 (89 %).(División Estadísticas MSP).

Con un comportamiento diferente para usuarias del MSP (36 %) en relación a la población general con un porcentaje 7 veces mayor en los sectores privados; se constata aumento del control prenatal siendo frecuente su inicio en el 1er. trimestre a nivel general y público como tardío (2do. y 3er. trimestre).

Según el trabajo del Dr. Caldeyro Barcia en 1996 en el Hospital Pereira Rossell sobre un total de 220 mujeres, 30 % cursaron embarazos no controlados, teniendo al menos el resto un control con una media de 6 controles, concurriendo un 18,25 % antes de la 14ª. semana, 53,2 % en el 2do. trimestre y 24,7 % en el 3er. trimestre.

Según Revista Médica Uruguay en su artículo sobre factores que afectan el Control Prenatal en Montevideo en 1992, sobre una muestra de 220 puerperas, 30 % no controlaron su embarazo, 70 % tuvieron uno o más controles prenatales, siendo estos 12,7 % antes de las 14 semanas, 37,2 % en el 2do.trimestre y 17,2 % en el 3er. trimestre.

Promedio de controles 5,4 por embarazo controlado.

Según el nivel de instrucción: 35,9 % no completaron primaria, 23 % solteras sin pareja estable, 36,4 % casadas y 38,6 % unión estable.

En relación a la edad: menores de 19 años 16,8 %,
mayores de 35 años 8,6 %.

Con trabajo estable 26,4 %.

Uruguay invierte en Servicios Materno Infantiles en la última década, priorizando por medio del M.S.P. doce programas entre ellos el Materno Infantil con el Sub Programa: Control de Embarazo y Parto; el objetivo es de promocionar el control prenatal para fomento de actividades preventivas, que disminuyan situaciones de riesgo bio-sico-social pre-concepcionales

importantes desde el punto de vista de la magnitud del problema a grupos vulnerables y el interés social que reviste ésta situación; éste programa está vinculado con el Programa Aduana de Captación Precoz para el control de salud del niño llevado a cabo por las Intendencias incluyendo la visita domiciliaria (Salud Perinatal Vol.3 No. 10-1990 CLAP).

En 1990 se redactan y distribuyen las Normas de Atención por parte del M.S.P. que guían la capacitación de Recursos y Actividades Asistenciales, Técnicas y Educativas que permiten fijar metas evaluables para los programas.

También se logra la implementación del Sistema Informativo Perinatal por parte del CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología) dependiente de la OMS (Organización Mundial de la Salud) que constituye el eje básico de la organización de la atención, formación de recursos, planificación y evolución local de actividades.

Dado que el embarazo es una realidad con cambios bio-sico-afectivos en la vida de la mujer-parceja-familia y con el énfasis del papel femenino en la vida familiar, los problemas originados en el período grávido puerperal, perinatal y post-neonatal han adquirido cada vez mayor importancia por los riesgos que el ser humano puede sufrir en ese período vulnerable de su existencia.

Según OMS 1996, el 60 % de los niños que fallecen, en el primer año de vida, en especial en el primer mes 17,5 % y de éstos el 80 % en la primer semana, enmarcándose el período neonatal de 0-28 días como el más vulnerable en la vida del infante.

EL CONTROL PRENATAL:

El control Prenatal periódico, precoz y oportuno es una de las acciones de salud de mayor impacto hacia la detección de riesgos que amenacen la sobrevivencia fetal, o comprometan el desarrollo ulterior del niño.

Las tareas que en él se realizan, técnicas y educativas garantizan mejores resultados perinatales para el binomio madre-hijo en el momento del nacimiento.

La ausencia del control prenatal, o los defectos del mismo, aumentan el riesgo de morbi-mortalidad para madre-feto y recién nacido.

La reproducción humana representa la culminación de un proceso en el cual interfieren factores ambientales, económicos y políticos que han afectado la salud de la madre desde su nacimiento aún desde la vida prenatal.

El adecuado control prenatal asegura al ser que se gesta, mejores posibilidades de una vida acorde a su condición humana; su ausencia da como resultado embarazo y parto mal controlado que engendran un riesgo creciente ligado al hecho de que la pendiente de descenso de la tasa de mortalidad infantil debería ser más pronunciada.

CONTROL PRENATAL :

Se define como la serie de contactos o visitas programadas de la mujer con el equipo de salud para vigilar la evolución del embarazo, prepararla para el parto y la crianza del niño.

Los propósitos del control prenatal son :

- Fomentar la salud materno fetal.
- Evaluar y controlar el desarrollo de la gestación.
- Prevenir complicaciones materno-perinatales.
- Contribuir a la disminución de la tasa de morbi-mortalidad materna y perinatal en la población atendida.

- Fortalecer la relación temprana madre-hijo a través de la adecuada preparación para el parto y asumir el rol materno.
- Establecer un espacio donde la embarazada explicita dudas y temores.
- Identificar necesidades de la embarazada para la elaboración conjunta de un programa educativo y de seguimiento por la visita domiciliaria.
- Brindar información sobre la salud del binomio madre-hijo y por extensión de la familia.

Debe reunir determinadas características :

- 1) PRECOZ : para confirmar el diagnóstico del embarazo comenzará entre la 5ª. y 12ª. semana de amenorrea a partir de la fecha de la última menstruación.
- 2) COMPLETO : incluir todos los recursos semiológicos, anamnesis, examen físico general y gineco-obstétrico, exámenes complementarios (laboratorio, ecografías) con derivación a otros profesionales ,nutricionistas, odontólogo, asistente social.
- 3) PERIODICO : concurrencia a control de atención correspondiente a su situación de riesgo.
- 4) ADECUADO : realizado en el nivel de atención correspondiente a su situación de riesgo.
- 5) PARTICIPATIVO : creando un espacio donde se incentiva la participación de la mujer para que se sienta protagonista de su proceso de atención,

comprometiéndose a asumir aquellas actividades en las que se sienta capacitada.

La elaboración de los programas de atención materno-infantil están basados en el enfoque de riesgo que adecua la prestación de los servicios a las necesidades de las usuarias y que no todas requieren los mismos cuidados y atención, así la planificación y la programación de la atención constituye la base del proceso de normatización donde la norma escrita aparece como la necesaria explicitación de la forma en que se cumplirán las actividades para alcanzar los objetivos de los programas.

LAS NORMAS son un conjunto de pautas que regulan las actividades de los miembros del equipo de salud, debiendo estar escritas, ser aplicables en todos los casos de igual grado de riesgo, asegurar un nivel mínimo de atención adecuada localmente, de costo razonable, y ser aceptadas por el usuario.

EL ENFOQUE DE RIESGO se fundamenta en que no todos los individuos tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado, sino que para algunos es mayor.

Pretende dar mayor atención a aquellos que tienen mayor necesidad, estableciendo necesidades de cuidados discriminados, entre mínimos para individuos con bajo riesgo, hasta máximos para los de alto riesgo, ya que al no ser igualitarios los cuidados, generan normas diferentes.

El enfoque de riesgo permite cobertura de la población con control prenatal y atención institucional del parto logrando por la normatización de estas actividades, aumentar la eficiencia en el uso de los recursos y permitir extender la cobertura priorizando una concentración en quienes más lo necesiten.

Mediante el enfoque de riesgo se logra resolver la problemática en el nivel más adecuado con menor complejidad, evitando la derivación a niveles

superiores, con un sistema de referencia y contra referencia que potencia y racionaliza el uso de la infraestructura disponible.

Un sistema de salud perinatal regionalizado debe brindar cuidados , evolución, educación de la calidad de atención, investigación y administración racional de recursos; la coordinación de los sistemas debe enfatizar la capacidad profesional, interconsulta, comunicación y educación para el uso efectivo de los recursos basados en un análisis local e individual de las necesidades.

El sistema garantizará así asistencia continua, de complejidad creciente, en relación proporcional al riesgo en el nivel adecuado con los recursos necesarios.

Pese a tener que considerar una realidad local de necesidades para los cuidados de salud, se determinan según el M.S.P. : *normas mínimas requeridas sin cuyo cumplimiento no se considera como control prenatal adecuado con acciones generales* : interrogatorio, antecedentes, examen físico obstétrico; apertura de historia clínica y llenado del carnet perinatal; exámenes paraclínicos y otros complementarios, interconsulta con otros profesionales, técnicas de medición, auscultación, examen genital cuando corresponda. (Anexo N° 3).

En relación a la periodicidad, la normativa indica concurrencia a control de la embarazada una vez por mes hasta las 32 semanas, una vez cada 15 días de 32 a 36 semanas y una vez por semana de 36 semanas hasta el parto. (Anexo N° 3).

La enumeración de los distintos factores de riesgo a considerar (pre e intra gravídicos) lleva a sistematizar la atención en relación a ellos según nivel, recursos a necesitar, cuidados más estrictos, concurrencia a control más frecuente para minimizar las situaciones y/o complicaciones para detectar y tratarlos ya en la primera visita o en las ulteriores, concentrando recursos en quienes más los pueden necesitar.

Una consecuencia necesaria del enfoque de riesgo es lograr resolver los problemas en el nivel de atención de menor complejidad evitando derivaciones innecesarias a niveles superiores, con un sistema de referencia y contra referencia que potencia y racionaliza el uso de los recursos disponibles.

NORMAS DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA :

Un sistema de Salud Perinatal regionalizado debe brindar cuidados a los usuarios, educación y evolución de la calidad de la atención, investigación y administración nacional de los recursos; la coordinación de los sistemas debe enfatizar la capacidad profesional, interconsulta, comunicación y educación para el uso efectivo de recursos en un análisis local e individual de las necesidades.

LA ASISTENCIA PERINATAL debe basarse en un sistema que garantiza cuidados continuos de complejidad creciente en relación proporcional al riesgo y debe brindarse en el momento oportuno con el nivel asistencial necesario con los recursos adecuados.

EMBARAZO DE RIESGO : se define como aquella gestación en la que por diferentes causas existen mayores posibilidades de enfermar, sufrir secuelas , o morir, tanto para la madre y/o feto recién nacido, en relación al resto de las embarazadas.

El objetivo de la detección temprana del embarazo de riesgo, es valorar y evaluar los eventos reales o potenciales que pueden resultar nocivos, brindar cuidados más estrictos, derivar oportunamente a otros niveles de atención en el momento adecuado, seguimiento clínico, paraclínico en la consulta y/o domicilio, adecuando el uso de los recursos en forma racional.

Según CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología) se considera como indicativo de gravidez controlada un mínimo de cinco (5) controles incluyendo uno dentro de las primeras 12 (doce) semanas para abarcar el criterio de precocidad.

Según dicha fuente, los siguientes factores se asocian a captación tardía e insuficiente control prenatal :

- Adolescencia
- Baja escolaridad
- Condicion de soltera o abandonada
- Multiparidad
- Residencia alejada
- Ingreso familiar insuficiente
- Pertenencia a grupos minoritarios segregados.

Algunas de las barreras e impedimentos, trascienden el accionar del equipo de salud, pero es de su responsabilidad ofrecer un buen producto que satisfaga a los usuarios y a sus integrantes.

DISEÑO METODOLOGICO :

TIPO DE ESTUDIO : el tipo de investigación a desarrollar es descriptiva, la que es base y punto inicial de otros tipos de estudios, y están dirigidas a determinar como es, y como está la situación de las variables que deberían estudiarse en una población , frecuencia con que ocurre un fenómeno, etc.

POBLACION : nuestra población objeto son las historias clínicas de las embarazadas con cuatro o menos controles prenatales en el Hospital “Dr. Soca” de Canelones y Sanatorio CO.ME.CA (Cooperativa Médica de Canelones), que tuvieron el parto en el periodo comprendido entre Enero-Junio 1998.

Dadas las características de la población en que el mayor porcentaje no cumplía con el número de controles dispuestos por el Ministerio de Salud Pública, se toma como referencia los criterios del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), que considera como controladas las embarazadas que cumplen al menos con cinco controles prenatales incluyendo el primero dentro de las doce primeras semanas.

VARIABLE : se entiende por variable todo elemento o característica que se desca estudiar en el problema.

VARIABLE DEPENDIENTE O CENTRAL : es el fenómeno o situación al cual se refiere el problema.

Control Prenatal.

VARIABLE INDEPENDIENTE O SECUNDARIA : Son las que ayudan a explicar y analizar el problema.

Edad, Estado Civil, Nivel de Instrucción, Lugar de Residencia, Ocupación.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
CONTROL PRENATAL	Serie de encuentros de la embarazada con el equipo de salud.	Mínimo de controles totales al tiempo en que se realiza el primer control prenatal y el momento del parto.	1) sin control. 2) 1 a 4 controles 3) sin dato : no hay registro de controles prenatales.
EDAD Variable cuantitativa ordinal	Tiempo en años cumplidos.	Tiempo en años cumplidos al momento del primer control.	< 20 21 a 35 36 o más sin dato : no existe registro de la edad.
ESTADO CIVIL Variable cualitativa nominal.	Situación de la mujer embarazada en relación al Código Civil : (soltera, casada, divorciada, viuda, unión estable).	Convivencia con pareja según declaraciones de la usuaria (con o sin formulación legal).	Con pareja : casada, unión estable. Sin pareja : soltera, viuda. Sin dato : no existe registro de estado civil.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN Variable cualitativa ordinal.	Estudios cursados: Primarios, secundarios, terciarios.	Último año aprobado del máximo nivel alcanzado por la embarazada.	Primaria : incompleta, completa. Secundaria : incompleta, completa. Terciaria Sin dato: no existe registro de nivel de instrucción.
LUGAR DE RESIDENCIA Variable cualitativa nominal.	Distancia estimada desde su casa o residencia al centro asistencial.	Distancia en cuadras desde el hogar hasta centro asistencial referido.	Cerca <10 cuadras Lejos > 10 cuadras Sin dato : no existe registro de lugar de residencia.
OCUPACION Variable cualitativa nominal.	Situación laboral de la embarazada.	Tarea, desempeño de actividades diarias de la embarazada según su realización.	Labores. Empleada. Sin dato : no existe información de ocupación.

METODO Y TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS.

Para la recolección de datos se utiliza como fuente la historia clínica y como método la revisión, ya que brinda ventajas para la obtención de la información.

Se utiliza como INSTRUMENTO una ficha estructurada, concreta, de lo que se quiere obtener. (Anexo Nº 5).

Dicha REVISIÓN de las historias clínicas cuenta con autorización de la Dirección de ambos Centros Asistenciales; en forma escrita por parte del Dr. Roberto Gatte por parte de CO.ME.CA. y no siendo necesaria la entrega de un permiso escrito frente al Dr. Luis Quilicce por parte del Hospital Dr. Soca.

PLANTA FISICA : Archivo de ambos Centros Asistenciales y espacio de reunión.

REVISION DE ARCHIVO : Observación de los registros , clasificación de los acontecimientos de acuerdo con un esquema previsto según el problema que se estudia.

TIEMPO : Ver cronograma de actividades. (Anexo Nº 6).

RECURSOS HUMANOS : Tres estudiantes de la Licenciatura de Enfermería Gen. 89-90.

RECURSOS MATERIALES : Historias clínicas, carpeta, hojas, libros, revistas, lápices, lapiceras, gomas, formularios de recolección de datos, perforadora, computadora.

RECURSOS FINANCIEROS :

CONCEPTO	IMPORTE
Transporte (combustible)	200
Lápices	5
Lapiceras	10
Hojas máquina	20
Boletos	100
Fotocopias	50
Gomas	5
Encuadernación	50
Gastos Computación	400
TOTAL	\$ 840

ANALISIS GENERAL :

TABLA N° 1. Número de embarazadas que no cumplen con los controles prenatales según Institución.

CONTROLES	M.S.P.		CO-ME-CA	
	FA	FR (%)	FA	FR(%)
S/CONTROL	2	3,8	4	17,4
1-4	50	96,2	19	82,6
TOTAL	52	100,0	23	100,0

FUENTE : SALUD PUBLICA – Hospital de Canelones.

SALUD PRIVADA- Sanatorio CO.ME.CA. Santa Lucía.

Obtenido por tres estudiantes de generación 80-90.

FIGURA N° 1. En la figura N°1 observamos que, si bien los porcentajes de embarazadas que no cumplen con el número de controles es alto en los dos sectores, el porcentaje mayor corresponde a las embarazadas del sector público, coincidiendo esto con nuestro marco teórico. En el caso de las embarazadas con (0) control, los porcentajes disminuyen considerablemente siendo mayor el del sector privado.

Figura N°1. Número de embarazadas que no cumplen con los controles prenatales según Institución.

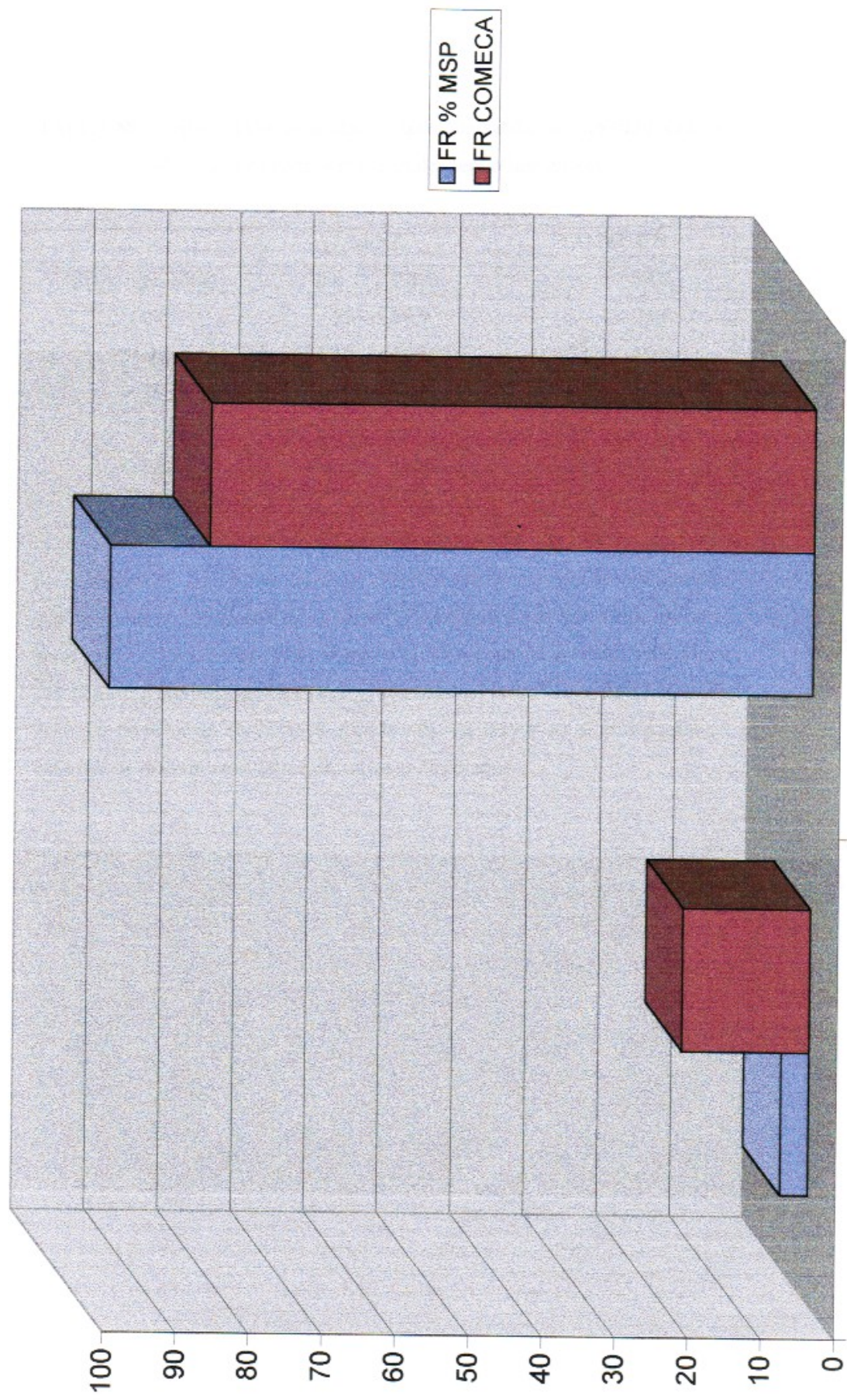


TABLA N° 2. Distribución de la edad de las embarazadas que no cumplen con el número de controles prenatales según Institución.

EDAD (en años)	M.S.P.		CO.ME.CA.	
	FA	FR %	FA	FR%
< 20	15	28,9	5	21,8
21-35	32	61,5	15	65,2
> 36	5	9,6	3	13
TOTAL	52	100,0	23	100,0

En la Figura N° 2 se puede constatar que el mayor porcentaje de embarazadas que no cumplen con el número de controles prenatales son las que se ubicaron entre los 21-35 años, tanto para el sector público como el privado; esto difiere con nuestro marco teórico en el cual predominaban las menores de 19 años. En el grupo de menores de 20 años el porcentaje es mayor en el sector público, cosa que se revierte en el grupo de mayores de 36 años.

Figura N°2. Distribución de la edad de las embarazadas que no cumplen con el número de controles prenatales según Institución.

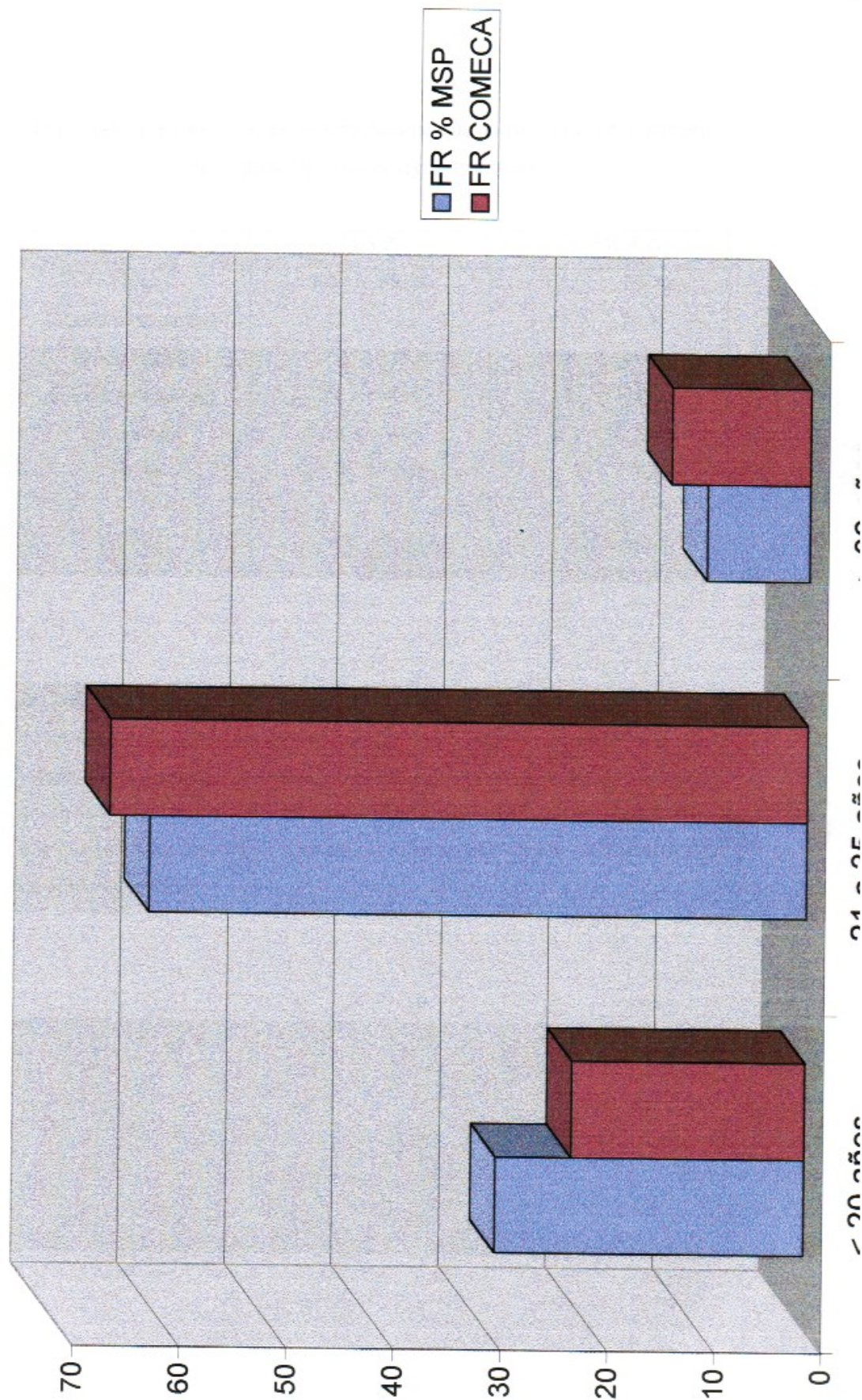


TABLA Nº 3. Estado civil de las embarazadas que no cumplen con el número de controles prenatales según Institución.

TIPO	M.S.P.		CO.ME.CA	
	FA	FR %	FA	FR %
Casada (con pareja)	13	25	6	26,1
Unión estable	7	13,4	8	34,8
Soltera (sin pareja)	21	40,4	5	21,7
Divorciada	8	15,4	2	8,7
Viuda	3	5,8	2	8,7
TOTAL	52	100,0	23	100,0

En la **Figura Nº 3** el mayor porcentaje de embarazadas que no cumplen con el número de controles prenatales en el sector público corresponde a la clasificación solteras, no coincidiendo con nuestro marco teórico, en tanto que en el sector privado corresponde a las clasificadas como unión estable. En lo que respecta a las casadas los porcentajes son similares siendo levemente mayor en el sector privado.

Figura N°3. Estado civil de las embarazadas que no cumplen con el número de controles prenatales según Institución.

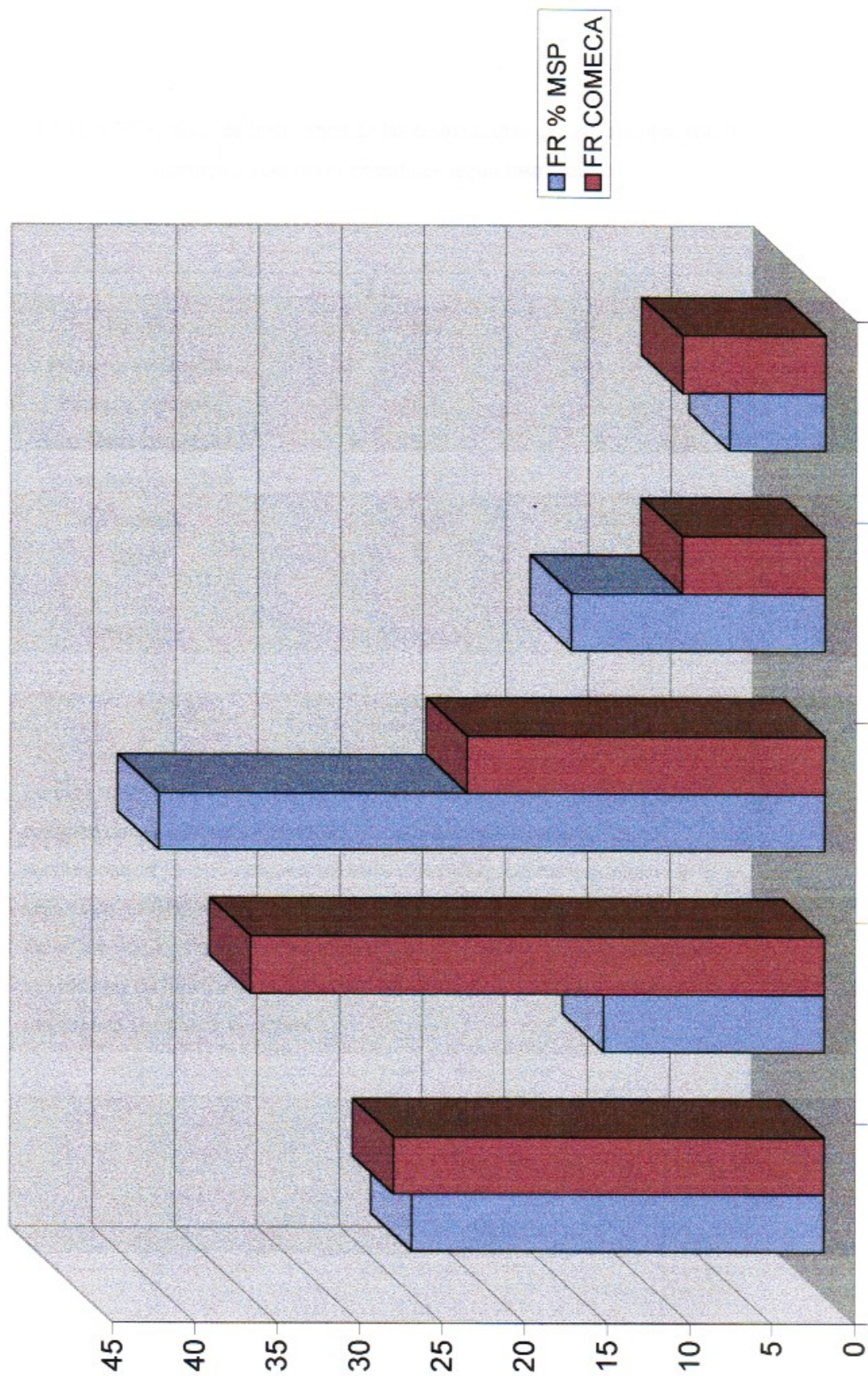


TABLA N° 4. Nivel de Instrucción de las embarazadas que no cumplen con el número de controles prenatales según Instrucción.

NIVEL	M.S.P.		CO.ME.CA.	
	FA	FR%	FA	FR%
Primaria incompleta	22	42,3	4	17,4
Primaria completa	12	23,1	3	13,0
Secundaria incompleta	9	17,3	8	34,8
Secundaria completa	4	7,7	3	13,0
Terciaria	2	3,8	2	8,7
Otros	3	5,8	3	13,0
TOTAL	52	100,0	23	100,0

La **Figura N° 4** nos muestra que el mayor porcentaje de embarazadas que no cumplen con el número de controles prenatales en el sector público corresponde a las que cursaron primaria incompleta, primaria completa y secundaria incompleta, en ese orden de importancia, correlacionándose estos datos con nuestro marco teórico. Para el sector privado el mayor porcentaje lo constituyen las que cursaron secundaria incompleta, seguido por primaria incompleta y primaria completa.

TABLA N° 5. Distancia de residencia de las embarazadas que no cumplen con el número de controles prenatales a la Institución control.

DISTANCIA	M.S.P.		CO.ME.CA.	
	FA	FR %	FA	FR%
Cerca	18	34,6	17	73,9
Lejos	34	65,4	6	26,1
TOTAL	52	100,0	23	100,0

La Figura N° 5 muestra que en la Salud Pública el mayor porcentaje de embarazadas que no cumplen con el número de controles prenatales corresponde a las que viven lejos del lugar de control, mientras para la salud privada son las que provienen de un área cercana al lugar de control.

Figura N° 5. Distancia de residencia de las embarazadas que no cumplen con el número de controles prenatales a la Institución de control.

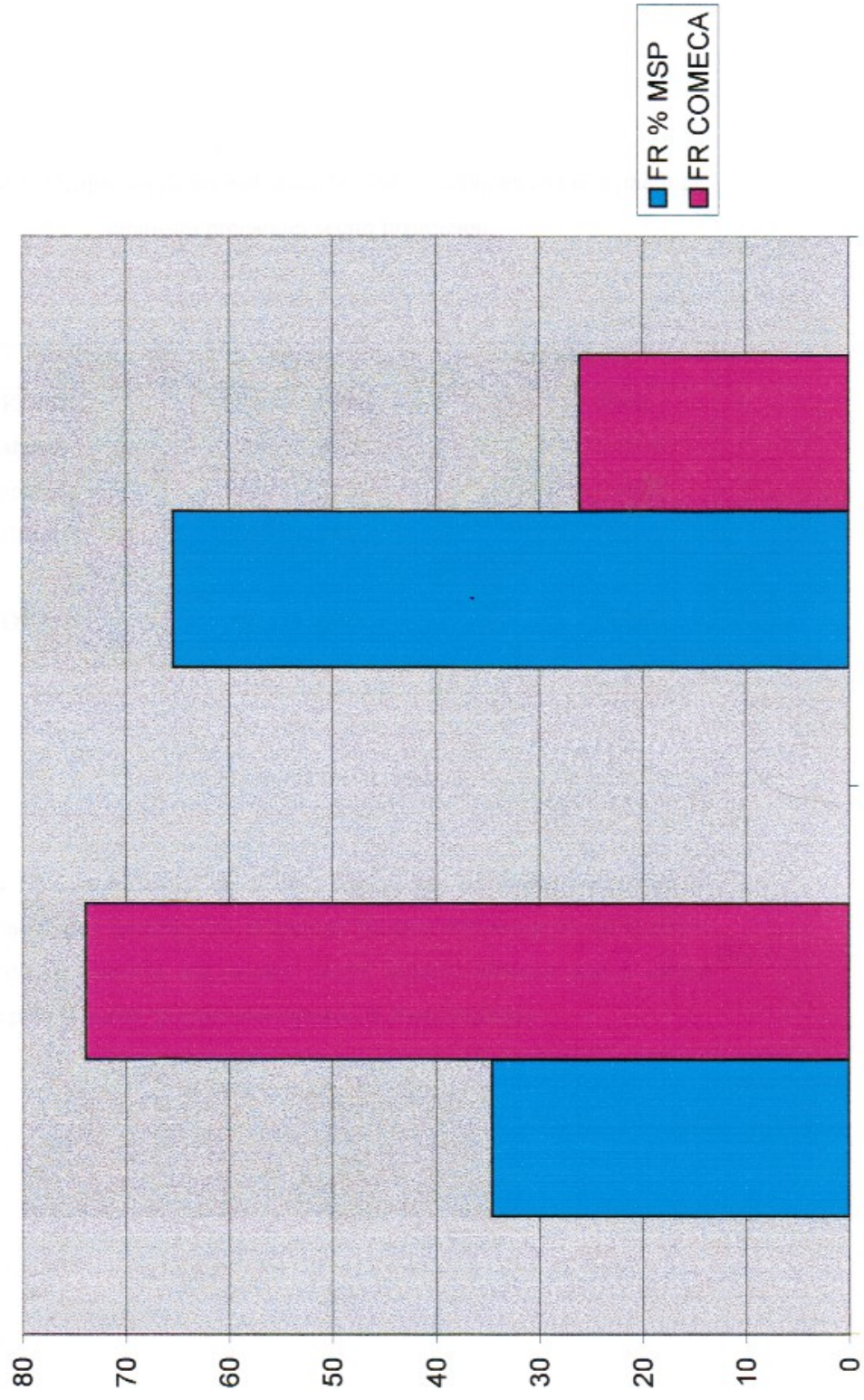
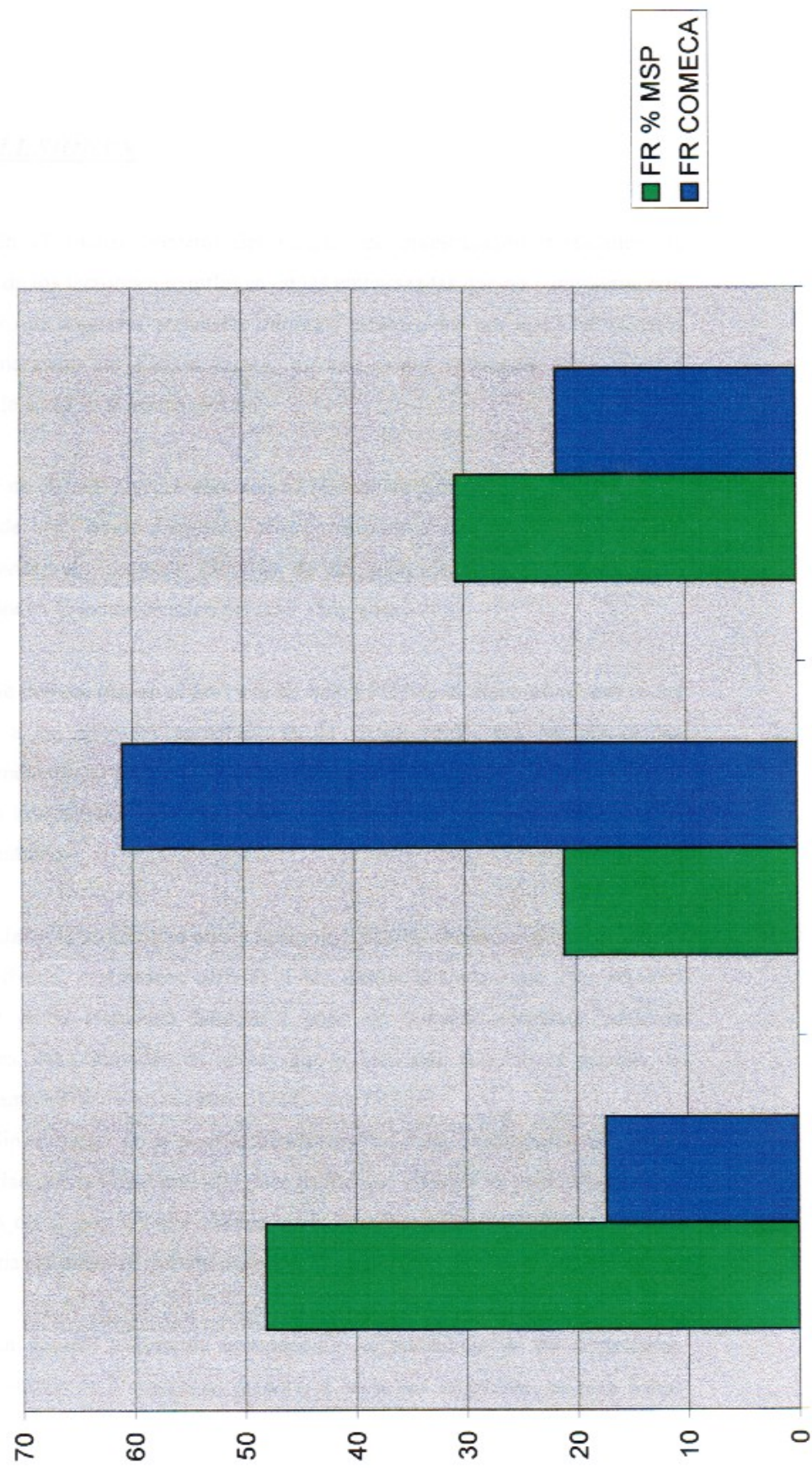


TABLA N° 6. Ocupación de las embarazadas que no cumplen con el número de controles prenatales según Institución.

GRUPO	M.S.P.		CO.ME.CA.	
	FA	FR%	FA	FR%
Labores	25	48,1	4	17,4
Empleada	11	21,1	14	60,9
Otros	16	30,8	5	21,7
TOTAL	52	100,0	23	100,0

La **Figura N° 6** muestra que en el ítem labores hay un mayor porcentaje de embarazadas que no cumplen con el número de controles prenatales en el sector público; esto no coincide con nuestro marco teórico, mientras que el mayor porcentaje para el sector privado corresponde al ítem empleada.

Figura N° 6. Ocupación de las embarazadas que no cumplen con el número de controles prenatales según Institución.



CONCLUSIONES:

En el análisis general del estudio de investigación destacamos la relación de los factores que influyen en las embarazadas que no cumplieron con el número de controles prenatales mínimos establecidos por el CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología), tomado como referencia para nuestro estudio de acuerdo al marco teórico.

Este estudio nos presenta que 52 (cincuenta y dos) usuarias (35,6%) de un total de 146 (ciento cuarenta y seis) corresponden al sector de salud pública y 23 (veintitres) usuarias (30,4%) de un total de 71 (setenta y uno) corresponden al sector de salud privado. (Ver anexo N°1).

Se destaca que en el Servicio de Salud Pública el incumplimiento de las usuarias a los controles prenatales se da en un 13,6% por encima de las correspondientes al Servicio de Salud Privada, hecho que era de esperarse por el grupo investigador dado las carencias de recursos que pueden darse en el ámbito público.

Llama la atención el alto porcentaje (82,6%) de no cumplimiento en el sector privado, pudiéndose atribuir a los gastos elevados que este servicio ocasiona en la economía familiar (pago de órdenes, consultas, estudios especiales, etc.), teniendo en cuenta que si bien este servicio es privado, la mayor cantidad de usuarias están afiliadas por DISSE.

Sin embargo no es posible afirmar que los datos encontrados reflejen en su totalidad una realidad sanitaria pues habría que estudiar en profundidad otras variables como por ejemplo calidad de la atención en ambas instituciones, lo que podría ser punto de partida para otro estudio.

En nuestro trabajo de investigación el porcentaje de no controladas (igual o menos de 4 controles) durante el curso del embarazo, es para Salud

Pública un 35,6% y para el servicio privado un 30,4%; comparándose estos porcentajes con nuestro marco teórico en donde el 30% de las embarazadas no controlaron adecuadamente su embarazo, este hecho nos da la pauta de la realidad de nuestro país que demuestra que no disminuyó la cantidad de embarazadas no controladas, sino que hubo un incremento escaso, pero incremento de todas maneras, de las mismas.

En Salud Pública las embarazadas que no cumplieron con el número de controles prenatales corresponden al nivel de instrucción de primaria incompleta, las solteras, en las edades de 21 a 35 años y de ocupación labores.

En el sector privado predominan las embarazadas con secundaria incompleta, solteras, con edades entre 21 y 35 años y empleadas.

Según nuestro marco teórico predominan las con nivel de instrucción de primaria incompleta, que conviven en unión estable, en edades menores a 19 años y con trabajo estable.

Encontrándose una correlación entre salud pública y privada en solteras y edades entre 21 y 35 años y difieren en el nivel de instrucción y ocupación.

Esto nos da la pauta de la diferencia en cada servicio de salud, pudiendo estar influyendo la calidad y cantidad de la información y servicios brindados a la usuaria, que amerita ser contemplado pues refleja una realidad sanitaria en ambos sectores de salud.

En el sector privado se encuentra un elevado predominio de embarazadas que no cumplen con el número de controles prenatales y que viven cerca del lugar de control (menos de 10 cuadras), esto se puede atribuir a la influencia de otros factores como ser :

- Escasos horarios de consultas médicas.
- Mala disponibilidad del servicio de salud.

- Cobro de órdenes médicas y estudios especiales.
- Falta de programas adecuados que informen a la usuaria de posibles beneficios.

En los resultados mencionados puede estar incidiendo un posible cambio en las conductas que son causantes de : desocupación, multiempleos, mayores responsabilidades y tareas, cambios del rol de la mujer, desinformación sobre los beneficios de los servicios de salud.

SUGERENCIAS :

Considerando que los Centros Asistenciales estudiados no constan con estadísticas sobre la población que no cumple con el Control Prenatal, y los factores que influyen en la concurrencia al mismo, apuntamos a que nuestro trabajo pueda ser inicial respecto de otros que analicen otras variables logrando así un mejor y profundo estudio de la población, abarcando sus necesidades para acciones sobre una realidad local, lo que permitirá enriquecer la historia de cada mujer, al mismo tiempo que la Enfermera podrá organizar su trabajo buscando brindar un servicio de salud donde las funciones inter y/o dependientes no sean el eje del accionar diario, sino que pueda independientemente desarrollar actividades de promoción y prevención a través de sus funciones como Enfermera Comunitaria con un mejor aprovechamiento de sus horas profesionales intra y extra muros , para aumentar el nivel de salud y la calidad de vida de la embarazada hoy, en potencia de la familia mañana.

Se sugiere como plan general de trabajo dentro del equipo de enfermería y por extensión en el multidisciplinario :

- 1) *Capacitar y fortalecer conocimientos de sus integrantes* en relación a aspectos bio-sico-emocionales y clínicos de la gravidez, así como normativas del Programa Materno Infantil impartidas por el Ministerio de Salud Pública.
Sensibilizar a cada integrante del Equipo de Salud sobre la importancia de las condiciones de atención a la grávida desde los alcances de cada profesión, y de la *responsabilidad individual* en el compromiso humano de una propuesta integral.
- 2) A nivel Institucional en los distintos ámbitos (público-privado) analizar el proceso de atención de enfermería, para evaluar desde dos puntas : el equipo y la población asistida para obrar en

consecuencia, tendiendo a mejorar la calidad de asistencia desde el trabajo en equipo y de la satisfacción de la grávida; es también oportuno considerar la evaluación de horarios y días de atención, tiempos de espera para la consulta y entre una y otra, la capacitación de los recursos humanos y la adecuación de los materiales y financieros para las futuras acciones programáticas.

3) *Implementar un Sub Programa de Captación Precoz* con :

- a) divulgación de información relevante sobre servicios ofrecidos por el centro asistencial, días y horarios, beneficios del control, incentivando el conocimiento del suministro de alimentos a través del Plan INDA (Instituto Nacional de Alimentación), así como los derechos que obtienen las usuarias del ámbito privado y/o beneficiarias del Banco de Previsión Social.
- b) *Relevamiento de Historias Clínicas* para recaptar a las que faltan al control, implementando la *visita domiciliaria*, e inclusive la atención en el lugar de residencia.
- c) *Consulta de Enfermería* : que dinamiza el trabajo intramuro, brinda apoyo y confianza con un enfoque integral enriqueciendo el trabajo grupal.

4) *Actividad en Policlínicas y Comisiones Barriales, Centros de Salud de otras localidades, Club de Leones y Rotarios, fuerzas vivas de la comunidad, guarderías, escuelas, liceos, impartiendo información con folletos, carteles, instancias educativas programadas e incidentales, pudiendo utilizarse los espacios radiales y televisivos de la red clave local.*

Es necesario insistir en la creación de un equipo de trabajo extra muro con la acción y comportamiento comunitario de aquellas personas que estando motivadas e informadas son multiplicadoras de conocimiento, captan y recaptan embarazadas, orientándolas en su accionar.

- 5) Desde el equipo de enfermería se podría evaluar los problemas desde la calidad de los controles , ante la gran incógnita que surge ; ¿no sería mas provechoso para ambos (embarazada-Institución) ante el menor número de controles centrar las acciones que están científicamente comprobadas como oportunas y eficaces y que a su vez produzcan un impacto mayor en el resultado?

Contemplando las características locales de los grupos más vulnerables, con mayor riesgo de ausentismo o un mínimo de veces al control prenatal, podría implementarse un programa de frecuencia variable con el objetivo de evaluación clínica y sico social más exhaustiva en cada instancia donde la consulta de Enfermería y las actividades del Equipo de Enfermería son pilares fundamentales.

EVALUACION :

De las Instituciones tomadas para este estudio se destaca que fuimos muy bien recibidos por los Directores a cargo y demostraron gran interés por la investigación que estábamos realizando.

En ambos casos solicitan una copia del trabajo final a modo de retroalimentación.

Con respecto al personal del Archivo de ambos Servicios de Salud, también fuimos bien recibidos, si bien al principio hubo un poco de resistencia en el Servicio privado , que luego se diluyó.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS :

- De Canales, Francisco. "Metodología de la Investigación". OPS. OMS. Serie Palfex 1989.
- Normas de Atención Materno Infantil. Sección Perinatal R.O.U.- M.S.P. Dirección Promoción de la Salud – Departamento Materno Infantil. 1999. (Pág. 18-20).
- Programas Prioritarios de Salud R.O.U.- M.S.P. Dirección General de la Salud. Montevideo, 1994. (Pág. 37-40).
- Salud Perinatal. CLAP- O.M.S- O.P.S. ~~Vd.~~ 3 N° 10, 1990. Montevideo, Uruguay. (Pág. 121-131).
- Salud Pública Materno Infantil. (CLAP Publicación 1167 pág. 159-185; 1998).
- E.U. Acosta Cecilia, E.U. González Pilar. "Participación de la enfermera en el control prenatal". Departamento de Salud Pública y Ciencias Sociales. E.U.E. 1991. Ficha.

BIBLIOGRAFIA:

- Pineda, G.B., Alvarado de E.L. , De Canales F. "Metodología de la Investigación". Segunda Edición. 1994. O.P.S.- O.M.S.
- Meneghello, Julio. Pediatría. Cuarta Edición Vol.2. Editorial Doyma, Barcelona, España, 1985.
- Polit Denise y Hungler B. "Investigación Científica en Ciencias de la Salud". Quinta Edición Interamericana. México, 1995.
- Diccionario Manuel Sopena. Editorial Ramón Sopena S.A. Provenza, 1995, Barcelona, España.
- "Atención Prenatal en el Embarazo de Bajo Riesgo". CLAP. Montevideo, 1992.
- Atención Primaria de Salud. "Características del Control Prenatal" Documento N° 15. M.S.P. Unicef. R.O.U. 1992.
- Salud Perinatal. CLAP- O.M.S. – O.P.S. Volumen 3. 1998.
- "Salud del Uruguay en Cifras". Noviembre 1997. M.S.P.

INDICE DE ANEXOS

ANEXO Nº 1 : Distribución de los controles prenatales.

ANEXO Nº 2 : Distribución del número de nacimientos y de muertes de menores de un año según departamento. Uruguay 1992.

ANEXO Nº 3 : Normas del Ministerio de Salud Pública.

ANEXO Nº 4 : Normas del Centro Latinoamericano de Perinatología.
(C.L.A.P.)

ANEXO Nº 5 : Ficha e Instructivo de recolección de datos.

ANEXO Nº 6 : Cronograma de actividades.

ANEXO N° 1.

Distribución de los controles prenatales en el Hospital de Canelones y Sanatorio CO.ME.CA. de Santa Lucía en el período Enero-Junio de 1999.

Realizado por tres estudiantes del INDE Gen 89-90.

Fuente : Hospital de Canelones (M.S.P.)
Sanatorio CO.ME.CA. (Santa Lucía)

	M.S.P.		CO.ME.CA		TOTAL
	FA	FR(%)	FA	FR (%)	
CONTROLADAS	94	64,4	48	67,6	142
NO CONTROLADAS	52	35,6	23	30,4	75
TOTAL	146	100,0	71	100,0	217

ANEXO Nº 2.

Número de nacimientos y de muertes de menores de un año según departamento. Uruguay, 1992.

DEPARTAMENTO	Nº DE MUERTES DE < 1 AÑO	Nº DE NACIDOS VIVOS
ARTIGAS	39	1717
CANELONES	133	7106
CERRO LARGO	34	1606
COLONIA	27	1984
DURAZNO	20	1118
FLORES	1	479
FLORIDA	20	1093
LAVALLEJA	15	929
MALDONADO	39	2059
MONTEVIDEO	427	21196
PAYSANDU	36	2172
RJO NEGRO	21	1061
RIVERA	44	1976
ROCHA	30	1129
SALTO	39	2468
SAN JOSE	24	1926
SORIANO	28	1541
TACUAREMBO	22	1688
TREINTA Y TRES	12	917
TOTAL	1011	54190

Fuente : Departamento de Estadística, M.S.P.

ANEXO N° 3.

ATENCION PRENATAL

Objetivos :

- 1) Captar precozmente a la embarazada.
- 2) Vigilar y controlar el curso del embarazo a los efectos de prevenir precozmente las complicaciones que ocurran durante el mismo, así como durante el periodo perinatal.
- 3) Clasificar el embarazo según nivel de riesgo.
- 4) Tratar y/o derivar al nivel adecuado los embarazos de riesgo.
- 5) Educar a la embarazada y sus familiares en cuanto a la conducta a seguir, durante la gestación, parto, puerperio, salud reproductiva y la atención del recién nacido con énfasis en la lactancia natural, interacción madre-hijo como la importancia de las inmunizaciones y los controles periódicos.

Metodología :

Si bien los procedimientos a seguir para la asistencia durante el período prenatal deberán adaptarse a las condiciones locales, se determinan las normas mínimas requeridas, sin cuyo cumplimiento no se considerará como control prenatal.

A) EMBARAZO DE BAJO RIESGO :

1) Primer Control Prenatal.

Este debe realizarse en la primera consulta en que se diagnostique el embarazo con certeza.

1.1) Acciones Generales.

Abrir la historia clínica, carné obstétrico prenatal y la historia clínica base (Sistema Informático Perinatal) , en los cuales se registre todos los datos ahí solicitados.

Medir el peso, talla y presión arterial.

Estas acciones generales podrán ser cumplidas por partera o personal de Enfermería.

1.2) Acciones Específicas.

Anamnesis del presente embarazo incluyendo la fecha de la última menstruación (F.U.M.), así como las dudas de la misma.

Antecedentes obstétricos . Gestaciones, paridad, momento y forma de terminación de los embarazos, peso y salud de los recién nacidos, puerperio y lactancia.

Antecedentes personales, familiares y conyugales.

Examen físico general y obstétrico de la paciente incluyendo examen genital, mamario con tacto vaginal y la inspección profunda mediante la colocación del espéculo, y toma para colpocitología oncológica cuando corresponda.

Todos estos datos deberán quedar consignados en la documentación correspondiente.

Al concluir esta primera entrevista deberán ser solicitados los exámenes (de laboratorio), cuyo mínimo requerido figura en el siguiente listado :

- Hemograma completo.
- Orina completa.
- Glicemia
- VDRL.
- Grupo Sanguíneo y Rh.
- Si es Rh negativo : test de Coombs indirecto.
- Serología para Toxoplasmosis : hacer IgG en el primer trimestre. Si es negativo se repite en 2º y 3er. trimestre. Si es positivo el del 1er. trimestre

pedir IgM.

- Antígeno de superficie para Hepatitis B.
- Serología para la Enfermedad de Chagas según reglamentación vigente. (Departamentos considerados endémicos y las que atienden su parto en el Centro Hospitalario Pereira Rosell; Decreto N° 37/95).
- Serología HIV de acuerdo a la normativa específica, optativo, con consejería y consentimiento informado aconsejable en embarazadas.
- Se recomienda el uso de tres ecografías obstétricas, una por trimestre.
- Se recomienda realizar la suplementación diaria desde el primer trimestre con ácido fólico 0,4 mg/día y hierro 30 mg/día (mínimo).
- Se recomienda interconsultas con nutricionistas, asistente social, odontólogo y/o psicólogo si corresponde.

2) Controles Prenatales Siguietes.

2.1) Frecuencia.

Mensualmente, las 32 primeras semanas.

Quincenal, de la 32ª. hasta la 36ª. semana.

Semanal, desde la 36ª. semana hasta el parto.

2.2.) Acciones Generales.

Obtención de la historia clínica realizada en el primer control.

Evaluación de los análisis de laboratorio.

Control de peso, pulso y presión arterial.

2.3) Acciones Específicas.

Anamnesis. Dirigida a evaluar la evolución del embarazo, pesquisar aparición de nuevos factores de riesgo, patología obstétrica y general.

Examen clínico general.

Examen clínico obstétrico.

Medición de la altura uterina (A.U.) con cinta métrica.

Auscultación de latidos fetales por los medios disponibles. Doptone después de las 18 semanas y estetoscopio de Pinard después de las 24 semanas.

Diagnóstico de presentación fetal después de las 32 semanas.

Examen de región lumbar en búsqueda de signos de infección urinaria.

Tracto genital (cuando corresponda). Pacientes con riesgo de prematurez, se valorará en cada consulta posibles modificaciones cervicales mediante el examen genital.

Análisis de Laboratorio :

- Examen de orina en todas las consultas.
- VDRL (3er. trimestre).
- Serología para Toxoplasmosis por trimestre cuando corresponda.
- Hemograma completo en el 3er. trimestre.
- Test de Coombs indirecto mensual a partir de la semana 20 en embarazadas Rh negativo.
- Se recomienda la detección de Diabetes Mellitus Gestacional en todas las embarazadas, comenzando con la prueba de tolerancia a la glucosa oral realizada entre las 24 y 28 semanas de gestación y siguiendo las directivas de las Normas de Atención a la Diabética Embarazada (A.L.A.D.) Se realizará a toda paciente embarazada con glicemia en ayunas normal (menor de 105 mg%) entre las 24 y 28 semanas la prueba de tolerancia a la glucosa oral (Criterio O.M.S. , se dan 75 grs de glucosa en 400 ml de agua administrada por la mañana luego de un período de ayuno de 8 a 14 horas, retirando sangre venosa en ayunas y dos horas después de la ingestión), de ser esta igual o superior a 140 mg% se realiza el diagnóstico de diabetes gestacional, si es menor a este valor se repetirá 4 a 6 semanas después, con las mismas consideraciones.
- Se recomienda urocultivo en el 2do. y/o 3er. trimestre.

2.4) Inmuno – Profilaxis.

Vacuna antitetánica a partir de las 26 semanas y antes de las 32 semanas siguiendo las normas establecidas por el Ministerio de Salud Pública al respecto.

En embarazadas Rh negativo no inmunizadas se recomienda administrar la inmunoglobulina anti-D; se debe administrar una dosis standard de 250 a 300 microgramos de inmunoglobulina G anti D i/m, en las embarazadas Rh negativas no inmunizadas con esposo Rh positivo, a las 30-32 semanas y en las 72 horas siguientes al parto de un niño Rh positivo.

También debe administrarse inmunoglobulina anti-D en los siguientes casos :

- Muerte fetal
- Aborto
- Embarazo ectópico
- Amniocentesis, biopsia vellositaria o cordocentésis.

El procedimiento debe efectuarse lo más precozmente posible, antes de las 72 horas de la ocurrencia de los eventos ocurridos con anterioridad.

B) EMBARAZO DE ALTO RIESGO.

Diagnóstico precoz de embarazo de alto riesgo.

El embarazo de alto riesgo es definido como aquella gestación en la cual, debido a diferentes causas, hay más posibilidades de : muerte, enfermedad o secuelas de la madre, el feto o el neonato, que para el resto de la población general de embarazadas.

NEXO No. 4. CRONOLOGIA DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CONSULTAS PRENATALES

ACTIVIDADES PROPUESTAS	CONSULTA				
	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	•				
Def. presión arterial	•	•	•	•	•
Examen gineco/obstétrico	•				
Diagnóstico de embarazo	•				
Cálculo de la amenorrea	•	•	•	•	•
Diagn. número de fetos	•	•	•	•	•
Evol. cantidad liq. amniótico	•		•	•	•
Diagn. de vida fetal	•	•		•	•
Evaluación crecimiento fetal	•	•	•	•	•
Def. 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	•	•	•	•	•

* Efectuar precozmente la primera consulta, al certificar el diagnóstico de embarazo, o en todo caso antes de las 20 semanas de amenorrea.

** En áreas de alto riesgo de tétanos neonatal, en base a la carencia de efecto teratogénico del toxoide tetánico, se recomienda iniciar la primera dosis o aplicar la de refuerzo en la primera consulta que efectúa la embarazada. El intervalo entre la primera y la segunda dosis siempre debe ser mayor de 4 semanas.

Se propone un número mínimo de consultas que permita el cumplimiento de todas las actividades necesarias para lograr un control prenatal adecuado. Esto se ve facilitado al elegir como momento para su realización aquellos aconse-

jados por la epidemiología de los problemas maternos y perinatales.

Cuando ocurra la consulta tardía, se realizarán las actividades correspondientes a las consultas anteriores.

ANEXO N° 5.

Ficha para recolección de datos de un estudio descriptivo sobre el Control Prenatal.

A. FECHA

B. LUGAR : Canelones Hospital ☐ 1

Santa Lucía CO-ME.CA. ☐ 2

C. RESPONSABLE

D. CODIGO

1. EDAD : < 20 ☐ 1.1.
21-35 ☐ 1.2.
36 o más ☐ 1.3.
sin dato ☐ 1.4.

2. N° DE CONTROLES OBSTETRICOS : sin control ☐ 2.1.
1-4 ☐ 2.2.
5 o más ☐ 2.3.

3. ESTADO CIVIL : con pareja : casada ☐ 3.1.
unión estable ☐ 3.2.
sin pareja : soltera ☐ 3.3.
divorciada ☐ 3.4.
viuda ☐ 3.5.
sin dato ☐ 3.6.

4) NIVEL DE INSTRUCCIÓN : Primaria : incompleta ☐ 4.1.
completa ☐ 4.2

4) Continuación:

Secundaria : incompleta

□ 4.3.

completa

□ 4.4.

Terciaría

□ 4.5.

Otros

□ 4.6.

Sin datos

□ 4.7.

5) LUGAR DE RESIDENCIA : < 10 cuadras

□ 5.1.

> 10 cuadras

□ 5.2.

Sin datos

□ 5.3.

6) OCUPACION: Labores

□ 6.1.

Empleada

□ 6.2.

Otros

□ 6.3.

Sin datos

□ 6.4.

INSTRUCTIVO PARA EL USO DE LA FICHA

A. FECHA : día, mes y año en que es llenada la ficha.

B. LUGAR : Lugar en que es llenada la ficha según Institución :

- 1) Hospital de Canelones.
- 2) CO.ME.CA.

C. RESPONSABLE : firma y contrafirma de la persona que llena la ficha.

D. CODIGO : A cada ficha se le asignará un número:

1) EDAD : cantidad de años cumplidos al constatarse el embarazo.

2) NUMERO DE CONTROLES OBSTETRICOS : cantidad de controles obstétricos realizados durante el embarazo en la Institución.

Sin control = ningún control durante la gravidez.

1 a 4 controles durante el embarazo.

5 o más controles durante el embarazo.

Sin datos : no se registran datos de controles.

3) ESTADO CIVIL : situación civil y legal de la embarazada.

4) NIVEL DE INSTRUCCIÓN : máximo nivel de instrucción cursado por la grávida.

Incompleta : cuando no ha finalizado los estudios para los ciclos correspondientes.

Completa : estudios finalizados.

5) LUGAR DE RESIDENCIA : Distancia estimada en cuadras desde el domicilio al centro de control.

Cerca < 10 cuadras

Lejos > 10 cuadras

6) OCUPACION : Situación laboral de la embarazada al momento del parto.

ANEXO N° 6
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	TIEMPO	DISTRIBUCION	FINALIZACION
Elección del tema	3 meses	3 (tres)	5/12/98
Búsqueda Bibliográfica		estudiantes	5/3/99
Diseño Metodológico	4 meses	3 (tres)	10/3/99
		estudiantes	10/7/99
Ejecución	1 mes	3 (tres)	15/7/99
		estudiantes	15/8/99
Análisis de Información	1 mes	3 (tres)	10/8/99
		estudiantes	20/9/99
Conclusiones y Evaluación	15 días	3 (tres)	20/9/99
		estudiantes	10/10/99
Devolución			

INDICE

	Página
- Introducción.....	1
- Problema.....	2
- Objetivos.....	2
- Fundamentación	3
- Conceptualización.....	8
- Operacionalización de variables.....	9
- Diseño metodológico.....	11
- Marco teórico.....	14
- Resultados.....	33
- Discusión.....	35
- Reflexiones.....	39
- Sugerencias.....	40
- Bibliografía citada	
- Bibliografía	
- Agradecimientos	
- Anexo 1- Plan Piloto	
- Anexo 2- Instrumento	
- Anexo 3- Entrevistas	
- Anexo 4- Declaración de los Derechos del Niño.	
- Anexo 5- Código del Niño	
- Anexo 6- Algunos recursos con que cuenta la comunidad para abordar el maltrato.	

INTRODUCCION

El presente trabajo fue elaborado por un grupo de estudiantes de generación 92 del Instituto Nacional de Enfermería con el propósito de realizar la tesis final de nuestra carrera en el período comprendido entre marzo y setiembre de 1999. Para este se contó con la tutoría de una docente perteneciente al Departamento de Salud del Niño y del Adolescente.

El estudio fue realizado en Montevideo, área urbana, Hospital Pereira Rossell en la Clínica Pediátrica "A" y anexo donde se seleccionó como problema a investigar.

- ¿Que factores de riesgo se presentan en los niños de 0 a 3 años que ingresan con diagnóstico de maltrato físico a la Clínica Pediátrica "A" y anexo del Hospital Pereira Rossell en el período comprendido entre el 1º de junio al 31 de julio de 1999?

Se planteó como objetivo general:

- Identificar que factores de riesgo se presentan en los niños de 0 a 3 años que ingresan con diagnóstico de maltrato físico a la Clínica Pediátrica "A" del Hospital Pereira Rossell entre el 1º de junio al 31 de julio de 1999.

Y como objetivos específicos:

- Conocer la distribución de casos por edad.
- Determinar si existe o no el predominio de un sexo sobre otro. ____
- Conocer si el factor de riesgo prematuridad se presenta en la muestra a estudiar.
- Conocer si el factor de riesgo llanto fácil se presenta en la muestra a estudiar.
- Identificar la presencia de factores de riesgo en la madre que la llevan para maltratar físicamente al niño.
- Determinar cual o cuales factores de riesgo en el agresor -con lazos de parentesco- están presentes y lo llevan a maltratar físicamente al niño.
- Identificar por quién es agredido el niño con mayor frecuencia.

Esta investigación es de carácter descriptivo, transversal y prospectivo.

En la realización del marco teórico creímos importante ofrecer una breve historia de los orígenes del maltrato, primero como una patología desconocida, luego el descubrimiento por el médico legista Ambrois Tardieu en el 1860 como maltrato en los niños llegando hasta nuestros días con los aportes de la Dra Irma Gentile Ramos.

Se realizó una revisión bibliográfica constatándose varias formas de clasificar el maltrato por lo que presentamos aquella con la cual nos identificamos.

Podrá encontrarse además aspectos a tener en cuenta en la realización del diagnóstico; indicadores, perfil del agresor, conducta a seguir, prevención desde el punto de vista de enfermería, desarrollo y crecimiento normal en los primeros años de vida.

Los datos se obtuvieron de una fuente secundaria, la Historia Clínica mediante la aplicación de un instrumento.

El total de niños que ingresó a dicha Clínica con diagnóstico de maltrato físico y que cumplían con los criterios de selección fueron tres. De los cuales el maltrato se produjo más en los lactantes, con un predominio del sexo femenino.

Los agresores fueron padre y padrastro presentando éstos algunos de los factores de riesgo seleccionados para el estudio.

PROBLEMA

¿ Que factores de riesgo se presentan en los niños de 0 a 3 años con diagnóstico de maltrato físico que ingresan a la Clínica Pediátrica "A" y anexo del Hospital Pereira Rossell en el período comprendido entre el 1º de junio al 31 de julio de 1999?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar que factores de riesgo presentan los niños de 0 a 3 años que ingresan con diagnóstico de maltrato físico a la Clínica Pediátrica "A" y anexo del Hospital Pereira Rossell en el período comprendido entre el 1º de junio y 31 de julio de 1999.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer la distribución de casos por edad.
- Determinar si existe el predominio de un sexo sobre el otro.
- Conocer si el factor de riesgo prematuridad se presenta en la muestra a estudiar.
- Conocer si el factor de riesgo llanto fácil se presenta en la muestra a estudiar.
- Identificar la presencia de factores de riesgo en la madre agresora que la llevan a maltratar físicamente al niño.
- Determinar cual o cuales factores de riesgo en el agresor – con lazo de parentesco – están presentes y lo llevan a maltratar físicamente al niño.
- Identificar por quién es agredido el niño con mayor frecuencia.

FUNDAMENTACION

El motivo de selección del tema surge del interés grupal en conocer la problemática del niño maltratado y los factores de riesgo que pueden presentarse como desencadenantes de este fenómeno.

Creemos que con este trabajo podemos aportar elementos necesarios que permitan a la Licenciada en Enfermería inserta en los diferentes niveles de atención acercarse en forma segura y receptiva al niño y su familia, a modo de poder identificar situaciones de riesgo, valorar, interpretar y actuar en forma objetiva y oportuna. Reconocemos la importancia de realizar prevención en el primer nivel de atención y trabajar con los jóvenes y la comunidad, identificando precozmente la presencia de factores que potencien la aparición de maltrato, y trabajando en un equipo interdisciplinario se logre que la familia que presenta "determinado problema" lo reconozca como tal y acepte que es necesario un cambio, es así que tal vez logremos disminuir el número de maltrato.

Otro aspecto es que la Licenciada en enfermería actualmente no forma parte del equipo tratante del niño maltratado. El motivo por el cual no lo integra, según la opinión de la Licenciada jefe y la Asistente social de la Clínica se debe a las características del servicio (se encuentra ubicado allí la Unidad de Cuidados Intermedios) donde el nivel de atención es complejo y la demanda de la Licenciada permanente y directa se ve acrecentada; no disponiendo del tiempo necesario para reunirse, discutir y opinar en forma interdisciplinaria como lo requiere el llegar al diagnóstico certero de maltrato.

Consideramos indispensable su participación ya que es quien está más tiempo con el niño y su familia; conoce las relaciones personales entre estos; sus hábitos y sus costumbres. Lo que le posibilita en muchas oportunidades detectar situaciones discordantes entre el relato de los hechos con la realidad.

A su vez puede llegar a identificar alteraciones en las relaciones de los padres con el niño y de éstos con el resto del grupo familiar.

Lo que no excluye los aportes que realiza enfermería de manera informal en el día a día.

No se nos escapa la complejidad del tema; el maltrato físico es solamente una pequeña parte de este fenómeno que se presenta en los niños, existiendo otras formas como la negligencia, la situación de calle, pornografía y prostitución, falta de asistencia médica, insuficiente estimulación, inmunización incompleta (malas condiciones de higiene, vestimenta y alimentos) que posiblemente nunca serán diagnosticados.

Al ser este un tema vasto y que posibilita varios enfoques consideramos la necesidad de delimitarlo de la siguiente manera:

Edad del niño: comprende todos aquellos que tengan entre 0 y 3 años; la primera infancia, ya que requieren mayor cuidado y protección por parte del adulto, es decir son más dependientes y vulnerables.

El Dr Loredó Abdalá apoya la idea que en esta edad hay más casos de maltrato físico; el Médico- Legista Hugo Rodríguez, en la publicación de la revista "Nosotros" de noviembre de 1996 afirma que "el maltrato infantil ocurre en cualquier etapa del desarrollo pero se observa con más frecuencia en lactantes y niños de la primera infancia.

Dadas estas afirmaciones el grupo considera oportuno e interesante conocer la distribución de casos por edad, tomando el período que va de 0 a 1 año (lactante) (5), de 1 a 2 años y de 2 a 3 años, abarcando así toda la primera infancia.

Maltrato físico: las lesiones que hacen por su manifestación topografía, morfología y tiempo de evolución sospechar, su naturaleza intencional; son las que llevan a ser ingresados para realizar estudios diagnósticos complementarios, descartándose o confirmándose el maltrato.

Al elegir este tipo de maltrato se aumenta la probabilidad de obtener un mayor número de casos al ser ingresados y diagnosticados.

En los casos de negligencia, el ingreso o no, muchas veces depende del concepto de maltrato que maneje el pediatra de puerta.

Siguiendo el proceso de selección no se toma el maltrato psicológico por presentar mayor dificultad en la realización del diagnóstico (en los niños de 0 a 3 años se realiza a través del vínculo madre-hijo y los datos aportados por la madre).

Otro tipo de maltrato es el institucional. Cuando es ingresado por causa de maltrato y sus lesiones evolucionan favorablemente, por lo general no es posible otorgar el egreso, porque se espera la resolución judicial; esta puede llevar varios días o hasta meses. Durante la internación se producen injurias al niño, al no permitirle continuar con las costumbres de su edad, el horario del baño, camas que son más pequeñas que el niño, rigidez en cuanto al horario de visitas.

Este tipo de maltrato no es factible de ser estudiado ya que no se correlaciona el tiempo de ejecución de la investigación (2 meses) con el tiempo de internación.

Hospital Pereira Rossell: fue elegido por ser un hospital infantil perteneciente al Ministerio de Salud Pública, que ofrece atención a la mujer desde el embarazo, parto y al niño hasta los 14 años. Es un centro de atención de referencia nacional y de tercer nivel que cuenta con los recursos humanos y tecnológicos necesarios para diagnosticar el maltrato físico.

Clínica pediátrica "A": a diferencia de las otras clínicas de internación esta cuenta con un equipo interdisciplinario ya consolidado desde hace varios años lo que agiliza el diagnóstico de maltrato, a la vez que hace posible la recolección de los datos que son necesarios para nuestro estudio.

Dado que comenzará a funcionar el plan "hospital de invierno", el cual consiste en habilitar un anexo correspondiente a cada clínica, se incluirá el anexo de la Clínica Pediátrica "A" en nuestro estudio.

Periodo junio-julio: según : las cifras que maneja el INAME un mayor número de denuncias en los meses de marzo- abril. Datos aportados por la asistente social Gladys Curbelo con más de 20 años de experiencia en el tema manifiesta que: se produce un aumento de casos en el período que va de octubre a diciembre.

Para el grupo la selección del tiempo de ejecución estuvo basado en lo antedicho, que señala que no hay predominio de meses o estación en los que se produzcan con mayor o menor frecuencia; y teniendo en cuenta que es fenómeno fundamentalmente social. Además de estar influido por motivos curriculares.

A continuación se fundamentarán las variables seleccionadas para el niño, madre agresora u otro agresor con lazos de parentesco.

En el niño,

Edad: fundamentada anteriormente en la elección del tema.

Sexo: las distintas publicaciones e investigaciones presentan diversidad de criterios en cuanto a la supremacía de un sexo sobre el otro. Las afirmaciones de la publicación del Consejo Internacional de Enfermería manifiestan que en la mayoría de los países la niña tiene actualmente una condición inferior y menos derechos, oportunidades y beneficios de la infancia que el varón.

Algunas manifiestan que dicho predominio sí existe (1), mientras que otros lo niegan (6 y 7).

Surge como interés grupal conocer si en la realidad actual de nuestro medio se presenta un mayor número de casos de maltrato en un sexo determinado o si se produce indistintamente.

Prematurez: los niños nacidos antes de las 37 semanas de gestación, presentan el riesgo de padecer trastornos médicos crónicos, del desarrollo neurológico y de la conducta. El riesgo biológico por sí solo no determina los resultados, más bien es la interacción de estos riesgos con los factores sociales y ambientales lo que mejor predice el desarrollo funcional a largo plazo. Los niños prematuros pueden ser especialmente pasivos o irritables debido a posibles lesiones del sistema nervioso central, o por la prolongada estadía en el hospital.

Estos niños manifiestan los mismos trastornos que todos los demás (cólicos, despertar por las noches, rabietas) pero éstos tienden a ser más intensos o prolongados.

Un parto prematuro interrumpe la preparación psicofísica para la vida de un recién nacido. La larga e incierta experiencia en cuidados intensivos puede agotar las reservas emocionales y físicas de la familia. La prematurez, bajo peso, hace que por ser más pequeños puedan no cumplir las expectativas de los padres y a la vez implica una separación madre-hijo con una alteración en las conductas de apego.

Llanto fácil: El concepto de "llanto fácil", "frecuente o persistente", es reconocido por pediatría como factor de riesgo ya que aumenta la chance de ser maltratado. Se le designa principalmente a la percepción de la madre, cuando expresa la dificultad para aplacar o calmar el llanto, luego de hacer lo que ella interpreta como necesidad del niño de alimentación, higiene, vestimenta y juego. Otras veces el niño es acariciado o besado porque se les ha dicho o han leído que es importante que lo haga y no porque lo sientan realmente.

La psiquiatra infantil, Dra Irene García, señala la importancia del vínculo madre-hijo y la capacidad de ésta para entender, decodificar e interpretar las señales de su hijo, darles un sentido y responder adecuadamente, una de ellas es el llanto durante los primeros meses de vida.

La alteración del vínculo puede estar dada por: la inexperiencia previa, la edad materna, separación del binomio, hijo no deseado, falta de identificación con el recién nacido, o debido a expectativas irreales.

En otros casos los padres pueden sentirse angustiados e irritados con un niño que no responde a los estímulos en forma esperada, premios que encantarían a la mayoría de los niños escasamente consiguen una sonrisa de éstos. Cuanto más lo intenta y fracasa el padre o la madre para hacerlo feliz más aumenta la tensión entre ellos. Según Guido Berro muchos padres refieren que siente el llanto persistente de su hijo como algo que lo acusa. Con frecuencia la interrupción del descanso y de las relaciones sexuales provocado por el llanto nocturno, constituye una causa corriente de conflicto. El llanto incoherente es considerado como un rechazo y suele desembocar en una rabia súbita.

En la madre.

Alcoholismo y consumo de sustancias tóxicas: las principales características de la adicción a las drogas y el alcohol son la compulsividad y disfuncionalidad. La adicción ejerce un efecto nocivo sobre las relaciones, el trabajo y la familia.

El alcoholismo es un factor importante asociado a la agresividad y suele actuar como disparador, la fármaco- dependencia puede estar involucrada (4).

Edad: respecto de las características de los padres, algunos estudios muestran, que estos tienen mayor probabilidad de ser jóvenes e inmaduros y haber tenido antes relaciones interpersonales perturbadas(3). Varios estudios informan de mayor riesgo en los hijos de madres adolescentes o de padres menores de 20 años (3y7).

Desocupación: respecto al trabajo, el maltrato se asocia con padres desocupados y madres con empleo de tiempo parcial, el desempeño de cualquiera de los padres en ocupaciones calificadas aparece como un factor protector (3).

Sin soporte familiar. Las madres que no cuentan con soporte familiar, son generalmente mujeres que se sienten muy solas, con grados variables de baja autoestima; y con el embarazo buscan poner fin a esa soledad. Generalmente esas expectativas no son satisfechas con el nacimiento de bebé, deprimiéndose al darse cuenta que ésta no era la solución al problema.

Continúan sintiéndose solas y desprotegidas además de no poder brindar a su bebé un "nido": amor, seguridad, comida y apoyo; porque ellas no lo recibieron de su madre ni han sido narcisizadas. Todo esto genera trastornos del vínculo madre- hijo. Estos casos lo ejemplifican las madres del INAME, estas no contaron con un "modelo de madre", y ahora no poseen base para brindarle a sus hijos (*).

En el agresor.

Se tomaron alcoholismo, consumo de sustancias tóxicas, edad, desocupación ya expuestas para la madre, y se agregan:

Parentesco: en cuanto al grado del parentesco, se trata de padres o padrastros, aunque también pueden ser hermanos mayores, tíos o abuelos.

En 1991 el National child abuse and neglect indica que los familiares más inmediatos fueron los agresores en el 55% de los casos de un total de 838.232, siendo los más comunes el padre, en el 21 %, la madre 21%, un compañero de la madre 9 %, la niñera el 8 %, el padrastro el 5 % (4)

Antecedentes de conducta violenta: en cuanto al perfil psicológico del agresor, se trata de individuos sometidos a importantes cargas de estrés social, familiar o laboral con baja tolerancia a las frustraciones; inmadurez, dependencia y disminución de la autoestima y de las fuerzas inhibitorias de su agresividad. Solo una minoría padece alteraciones psiquiátricas mayores.(6)

• Datos aportados por la Psicóloga Felicia Freisfeld entrevista realizada el 02/06/99

Antecedentes de haber sido víctima de maltrato: Este es uno de los factores de riesgo que la mayoría de la bibliografía maneja como una de las características que se presenta con mayor frecuencia en el agresor. Siendo mínimos los autores que lo muestran como factor protector sobre el niño ya que se sostiene que aún cuando logre superar y rechazar los modelos aprendidos, queda expuesto al riesgo de volver a ellos en los momentos de crisis y descontrol.

Al grupo sin desconocer su importancia no le es posible incluir esta característica tomada como factor de riesgo en la investigación por carecer de su registro en la historia clínica.

Además de los factores de riesgo estudiados, es importante mencionar que existen otros que son tangibles como; niños con trastornos del sueño, hiperquinéticos, gemeláres, aquellos que presentan malformaciones, enfermedades crónicas, niños irritables fácilmente.

CONCEPTUALIZACIONES

CONCEPTO DE MALTRATO INFANTIL:

Nos parece importante señalar que existen múltiples definiciones y conceptos de maltrato infantil, no obstante tomaremos las de Díaz Huerta que es la que más se aproxima a nuestro parecer y forma de pensar.

Acción, omisión o trato negligente no accidental que prive al niño de sus derechos y bienestar, que amenace o interfiera en su ordenado desarrollo físico, psíquico y /o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.

CONCEPTO DE MALTRATO FISICO

Cualquier acción no accidental que provoque daños físico o enfermedad en el niño. Corresponde al tipo de maltrato más conocido. Las manifestaciones son cutáneas, óseas, intracraneales (por impacto o sacudida), víceras y lesiones oculares (7).

PRIMERA INFANCIA:

Se considera primera infancia desde el nacimiento hasta los 3 años de vida(2).

CONCEPTO DE FACTORES DE RIEGO:

Las características o circunstancias relacionadas con los niños, los padres y el entorno, potencialmente capaces de desencadenar maltratos han recibido la denominación de "factores de riesgo". No significa obligatoriamente que un factor de riesgo aislado determine el maltrato sino que posiblemente cuanto más factores de riesgo se asocian alrededor del niño "sustrato predisponente al maltrato" mayor será la posibilidad de maltrato y violencia (7).

VARIABLES

Para la selección de las variables, el grupo tuvo en cuenta que hay muchos factores considerados de riesgo, por lo que tomaremos los que sean viables de acuerdo a la fuente de información (Historia Clínica); y que nos resultan de mayor interés.

En el niño.

- **Edad.** Variable cuantitativa continua. Tiempo transcurrido desde el nacimiento en el que se consideran cuatro estadios o períodos, infancia, adolescencia o juventud, madurez y senectud. La infancia a su vez se divide en primera infancia desde el nacimiento hasta los 3 años, segunda infancia que llega hasta la adolescencia que incluye la época pre-escolar, escolar y pubertad.
- **Sexo.** Variable cualitativa. Condición orgánica que distingue lo masculino de lo femenino.
- **Prematurez.** Variable cualitativa. Niño nacido antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación.
- **Llanto fácil.** Variable cualitativa. Designa la percepción que tiene la madre- padre del llanto de su hijo (más allá que este sea considerado por terceros, frecuente o no). Muchas veces el lograr calmar al niño tiene que ver con la capacidad de sus padres de interpretar, decodificar sus necesidades y actuar adecuadamente.

En la madre

- **Alcoholismo.** Variable cualitativa. Enfermedad crónica y normalmente adictivas, se caracteriza por uso continuo y excesivo de bebidas alcohólicas y que va acompañado de desórdenes mentales, físicos y sociales.
- **Consumo de sustancias tóxicas.** Variable cualitativa. Dependencia fisiológica y emocional de un hábito considerado pernicioso, sobre todo en ciertas drogas y cuyos rasgos más sobresalientes es la pérdida de control.
- **Desocupación.** Variable cualitativa. Falta de actividad laboral remunerada
- **Edad $\leq$ de 20 años.** Variable cuantitativa continua.
- **Sin soporte familiar.** Variable cualitativa. Falta de apoyo o sostén por parte de la familia propia y /o conyugal (padres, hermanos, abuelos, tíos, primos).

En el agresor

- **Parentesco.** Variable cualitativa. Lazo de consanguinidad o alianza entre varias personas.

- **Alcoholismo.** Variable cualitativa.
- **Consumo de sustancias tóxicas.** Variable cualitativa
- **Desocupación** Variable cualitativa.
- **Edad $\leq$ 20 años.** Variable cuantitativa continua.
- **Antecedentes de conducta violenta.** Variable cualitativa. Uso intencional de fuerza física que ejerce una persona para causar daño físico a otra, o a un grupo de personas.

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo: está dirigido a describir como se presenta la situación de las variables seleccionadas a estudiar en nuestra muestra, sin interferir en ellas.

Transversal: se refiere al estudio de las variables simultáneamente, en la forma en que se manifiestan durante un corte en el tiempo.

Prospectivo: el registro de la información se hará según van ocurriendo los fenómenos

AREA DE ESTUDIO: la investigación se realizará en Montevideo, zona urbana, en el Hospital Pereira Rossell en la Clínica Pediátrica "A" y anexo.

POBLACION: los niños entre 0 y 3 años que ingresen al Hospital Pereira Rossell con diagnóstico de maltrato físico.

MUESTRA: todos los niños de 0 a 3 años que ingresen a la Clínica Pediátrica "A" y anexo del Hospital Pereira Rossell con diagnóstico de maltrato físico.

TIPO DE MUESTREO: no probabilístico de casos consecutivos.

Consiste en elegir a cada paciente que cumple con los criterios de selección dentro de un intervalo de tiempo específico.

MATERIAL Y METODO

Primera etapa: recolección de datos, se utilizará el método de entrevista dirigida.

La misma se aplicará a los diferentes integrantes del equipo base tratante:

- Pediatra.
- Psiquiatra infantil.
- Asistente social.
- Médico legista.

Creemos pertinente conocer la postura de los Jueces Penales y Letrado de Menores que son a quienes se les notifica la denuncia de los casos de sospecha fundada de maltrato y maltrato certero.

La ejecución se hará durante los meses de junio y julio de 1999, donde la recolección de datos, será a través de un instrumento de registro diseñado para tal efecto y previamente validado; aplicando un plan piloto en la semana del 18 al 25 de mayo.

Los datos necesarios se obtendrán de la siguiente forma:

- Toma de guardia de la Licenciada del turno de la tarde.
- De las Historias Clínicas por parte de las estudiantes que realizan la investigación.

Dicho instrumento se elaboró con el fin de conseguir la información necesaria de manera organizada, sistematizada y equitativa.

ESTRUCTURA.

- Dividida en tres secciones: - datos del niño.
- datos de la madre.
- datos del agresor.

Sección 1

Datos del niño

En esta sección se recaban:

- Datos patronímicos (iniciales a modo de conservar la confidencialidad, número de registro, edad y sexo). La edad será subdividida en intervalos de 0-1, 1-2 y 2-3.
- Los antecedentes personales de prematuridad, llanto fácil.
- Información clínica; motivo de consulta y diagnóstico médico, estos dos ítems permiten que se registre el motivo por el cual se consulta en puerta de emergencia o en el servicio que derive en su internación; y el diagnóstico médico será aquel que asiente la certeza de maltrato.

El orden de las variables seleccionadas para la madre y el agresor no se establece por importancia, sino que es al azar.

Sección 2

Datos de la madre

En esta sección se recogen los datos sólo cuando esta es quien produce la agresión.

Sección 3

Datos del agresor:

En ésta sección se recogen los datos sólo cuando éste tenga algún parentesco(ya definido) con el niño.

Los datos de la madre y el agresor se presentan por separado porque difieren en algunas características consideradas como factores de riesgo, sin soporte familiar (madre), antecedentes de conducta violenta (agresor). Además permite una recolección ordenada lo que facilitará la tabulación y análisis.

Aclaración

Cuando el maltrato hacia el niño no es producido por la madre o una persona que presente parentesco; solo se llenan los datos de la sección 1.

DISEÑO

Las preguntas serán estructuradas marcándose la opción si está presente y el no marcado significa ausencia.

Las preguntas no estructuradas serán – fecha de ingreso, iniciales, número de registro, motivo de consulta, diagnóstico médico, parentesco del agresor con relación al niño.

MARCO TEORICO

HISTORIA

La historia del maltrato infantil se considera en singular medida por el valor que la sociedad le asigna a la vida del niño.

Naciones civilizadas y no civilizadas han practicado el infanticidio en forma corriente.

Fue una práctica tolerada por las sociedades influidas por la cultura greco-romana, Polinesia, Africa, Egipto, India, en China estuvo permitida hasta 1837.

Con el advenimiento de la urbanización condicionada por la revolución industrial, el infanticidio fue sustituido por la práctica del abuso y subsecuente maltrato del niño, incorporado prematuramente a la fuerza laboral.

Ambroise Tardieu (1860) realiza las primeras menciones sobre maltrato infantil e informó sobre una serie de niños menores de 11 años víctimas de abuso sexual.

En 1946 Caffey en Nueva York descubrió por primera vez la asociación entre fractura femoral y hematoma subdural crónico secundario a traumatismo no accidental.

A partir de 1953 F. Silverman también radiólogo descubrió manifestaciones radiológicas en huesos largos no apreciados al examen clínico y fruto de traumatismos repetidos.

Se conoce a partir de sus descripciones como "Síndrome de Silverman" la tríada: arrancamientos metafisarios, hematomas subperiósticos, fracturas múltiples de edades diferentes.

Straus anotó que los arrancamientos metafisarios se producen por elongación, constricción violenta, torsión y sacudimiento a nivel de una articulación de un niño (Síndrome de Straus).

El término "Síndrome del niño golpeado" fue inicialmente utilizado por Kempe y Coles en 1962 y caracteriza a un grupo de niños que sufren daño físico como resultado de actos de violencia intencional por parte de las personas que son responsables de su cuidado (padres, niñeras, etc.).

El maltrato a los niños en sentido amplio es de observación frecuente en todas las razas independientemente del nivel de desarrollo socioeconómico, político y cultural.

En 1975 Kempe y Schimth, luego de otros trabajos publicados previamente, hacen consideraciones sobre el síndrome teniendo en cuenta cinco ítems:

- Abuso físico.
- Negligencia nutricional.
- Abuso sexual.
- Abuso emocional.
- Negligencia por tratamiento médico.

René Spitz (Nueva York) entre 1945 y 1953 logró comprobar mediante minuciosas investigaciones lo que en nuestro medio el profesor Morquio había comprobado empíricamente: "La privación afectiva es tan peligrosa para el lactante como la privación de alimentos".

Spitz mediante la técnica de la observación directa y filmaciones longitudinales realizadas a cientos de niños durante el primer año de vida, pudo demostrar la importancia de la relación madre-hijo en la estructura del psiquismo del niño y en el desarrollo futuro de su personalidad.

“Durante el primer año, la madre, la pareja humana del niño, es la que sirve de interprete de toda percepción, de toda acción y de todo conocimiento”.

Considera fundamental la influencia de la madre en el hijo, así como a su vez este último influye en su madre creándose así lo que llama proceso circular.

Es aproximadamente en la misma década que Caffey (1946) comienza a sospechar algo extraño frente a niños con fracturas múltiples y hematomas subdurales crónicos que Spitz (1945) mediante sus observaciones sostiene firmemente la importancia de la interacciones madre-hijo para asegurar el normal desarrollo psíquico.

En nuestro medio es de importancia destacar los aportes realizados por el profesor Dr Julio Marcos, pediatra sensibilizado con los aspectos psicológicos del niño y fundador de psiquiatría en el Uruguay hace casi medio siglo.

También se cuenta con los aportes de la profesora Irma Gentile Ramos, quien estuvo y está vinculada a los problemas de la niñez abandonada y maltratada desde hace más de 30 años.

CLASIFICACION – Tipos de Maltrato.

Malos tratos prenatales: Circunstancias de vida de la madre, ya sean voluntarias o por negligencia, que influyen negativa y patológicamente en el embarazo, con repercusión en el feto.

Malos tratos postnatales: Circunstancias durante la vida del niño que constituyen riesgo para el niño.

Abuso físico: Cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño.

“El tipo de comportamiento parental incluye: golpes, palizas, quemaduras, arrancamientos de cabellos, cortes, estrangulamiento, etc.
Las lesiones más frecuentes detectadas por su localización son cutáneas, oculares, esqueléticas, viscerales, neuroquirúrgicas.”

Abuso sexual: Cualquier clase de contacto sexual en un niño menor de 15 años por parte de un familiar o tutor adulto desde una posición de poder o autoridad sobre el niño.

Abandono físico: Las necesidades físicas, alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, cuidados médicos no atendidos.

Los índices que permiten sospechar este tipo de maltrato son: retraso en el crecimiento, problemas médicos no tratados (caries, defectos visuales, auditivos, ortopédicos y ausentismo escolar).

Abandono emocional: La falta persistente a las señales (llanto, sonrisa, interacción) por parte de la figura estable durante los 6 primeros años de vida.

Lo que define a este maltrato es su carácter crónico y persistente.

Los índices que permiten sospechar este tipo de maltrato son: retraso en el crecimiento (en ausencia de problemas de la alimentación), retraso intelectual, del lenguaje, falta de expresividad, trastornos del sueño, apatía, pasividad, dificultad de establecer relaciones sociales”

Síndrome de Münchhausen por poderes: Los padres o cuidadores someten al niño a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos hospitalarios alegando síntomas ficticios o generados de manera activa por el adulto (por ejemplo administración de sustancias al niño).

Abuso emocional: Hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio, crítica o amenaza de abandono, evitación, encierro. Se destaca la naturaleza crónica.

Malos tratos institucionales: Cuando los autores son las instituciones o la propia sociedad a través de legislaciones, programas o la actuación de los profesionales al amparo de la institución.

CLASIFICACION – TIPOLOGÍAS

Prenatales: Gestaciones rechazadas, sin seguimiento médico, alimentación deficiente, exceso de trabajo corporal,...

Hábitos tóxicos e hijos de padres toxicómanos: madres alcohólicas (síndrome alcohólico fetal), toxicómanas (síndrome de abstinencia neonatal), fumadoras, enfermedades de transmisión: HIV/SIDA, hepatitis B

Postnatales:

Acción: Físicos: heridas, quemaduras, hematomas, fracturas, arrancamientos, intoxicaciones.

Omisión: Amor.
Apoyo.
Reconocimiento.
Estímulo.

Emocional: Rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar, corromper, privación afectiva,...

Abuso sexual: Violación, incesto, pornografía. Prostitución infantil, estimulación sexual.

Explotación laboral: Mendicidad, trabajo profesional, venta ambulante,...

LOS MODOS DE CASTIGAR

Las formas de maltrato varían: golpes con cadenas, palos, rebenques, cuerdas, látigos, bastones, cucharones, mordeduras humanas o de animales, quemaduras con cigarrillos, estufas, agua caliente, mordazas, ataduras, inmersión en agua helada o servidas, plantones o permanencia desnudo o arrodillados sobre pisos duros, heces y orina; algunos niños han sido colgados de los brazos u obligados a sostener grandes pesos durante largos períodos o sometidos al hambre, sed o frío. Otras veces la crueldad de los adultos elige el "refinamiento" del castigo psíquico, se deja solo a los niños en la oscuridad, encerrados o a la intemperie, se les somete a amenazas o se crean situaciones de pánico.

DIAGNOSTICO DE MALTRATO.

El diagnóstico positivo del síndrome del niño maltratado requiere de la participación de un equipo multidisciplinario que cuente con el aporte de un pediatra, ginecólogo infantil, psiquiatra infantil, psicólogo, asistente social, médico legista, médico forense y juez letrado de menores.

Consideramos fundamental la participación de la Licenciada en Enfermería dentro del equipo ya que es quien está más tiempo en contacto con el niño y su familia, la que reafirmará los aspectos sanos y positivos de este vínculo, será quien llevará a cabo la continuidad del tratamiento, cumpliendo la función de coordinación del equipo tratante.

En la mayoría de los casos se realiza un primer diagnóstico de sospecha de maltrato a cargo del pediatra.

En otros casos son familiares o vecinos quienes denuncian situaciones que perciben como maltrato.

Para el diagnóstico se tienen en cuenta datos del interrogatorio y el examen clínico, los extraídos de la encuesta social y eventualmente de exámenes complementarios.

Dentro del interrogatorio se debe tener en cuenta:

- Edad.
- Apariencia del niño.
- Señales corporales de injurias previas en varios estadios de resolución.
- Trauma reciente de origen desconocido.
- Historia previa de episodios similares.
- Demora en la búsqueda de asistencia médica.
- El control pediátrico del niño, cumplimiento de las inmunizaciones.
- Crisis familiar, estrés económico, alcoholismo, psicosis, drogadicción y problemas de comportamiento social.

Del examen físico se destaca la observación de la actitud del niño, el estado general, la valoración del estado nutricional, la higiene, la vestimenta pueden traducir una omisión de los cuidados elementales.

El examen debe ser completo y sistémico, orientado al hallazgo de las lesiones típicas en las topografías habituales.

Dentro de los exámenes complementarios se destacan: la radiografía de esqueleto (por la importancia de la presencia de fracturas actuales o consolidadas desapercibidas), fondo de ojo, ecografía o tomografía de cráneo (por la gravedad de las lesiones meningoencefálicas), hemograma y crisis sanguínea (para descartar que las lesiones equimóticas de piel obedezcan a un trastorno hematológico)

MODELOS CONCEPTUALES DE MALTRATO

Intentando integrar el material bibliográfico vemos que hay autores que le otorgan mayor importancia a un modelo que a otro.

Consideramos que sólo tomándolos como piezas de un todo que interactúan dinámicamente, nos alejamos de un modelo simplista que toma una u otra característica, perdiendo así su proximidad cercana con la realidad.