



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO MATERNOINFANTIL

RELACIÓN ENTRE EL CONTROL PRENATAL DE LAS PUERPERAS PRIMIGESTAS Y LA EDAD GESTACIONAL DE SUS RECIÉN NACIDOS, NACIDOS EN EL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL, EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1º Y EL 31 DE MAYO DE 2000

AUTORES:

Br. Barisione, Laura
Br. Farias, Noelya
Br. Lemaire, Paola
Br. Morales, Ana
Br. Pitetta, Ruth
Br. Valiente, Mercedes

TUTOR:

Lic. Enf. Pérez, Mercedes

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

Montevideo, 2000

INDICE

	Pág.
□ RESUMEN _____	1
□ INTRODUCCION _____	2
□ PROBLEMA _____	4
□ MARCO TEORICO _____	5
□ METODO _____	14
□ RESULTADOS _____	16
□ DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES _____	20
□ BIBLIOGRAFÍA _____	22
□ ANEXO 1 _____	24

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal, de un universo constituido por 250 mujeres primigestas, sin patología previa al embarazo, con control prenatal, y sus recién nacidos (RN); asistidas en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (C.H.P.R), Servicio de Ginecología, salas de puerperio; en el período comprendido entre el 1º y el 31 de mayo de 2000.

La investigación hace referencia, a la relación entre el control prenatal precoz o tardío, con la edad gestacional del producto.

Se determinaron características del control prenatal (precoz o tardío), edad de las madres y edad gestacional del producto.

Se analizaron estos parámetros, se exponen y grafican los resultados.

Se pone de manifiesto: alta incidencia (60%) del control prenatal tardío, importante porcentaje de madres adolescentes (37%) y alto número de nacimientos a término (77%).

Al observar el comportamiento de la relación entre las variables, se destaca un alto porcentaje (71%) de madres adolescentes con control prenatal tardío y productos pretérminos (21%).

Mientras que las mujeres de 36 años y más, presentaron una mayor tendencia al control prenatal precoz (67%) y nacimientos a término (100%).

El estudio refleja, que los programas y actividades de promoción realizadas hasta el momento, han sido insuficientes o se realizan inadecuadamente, sirviendo de fundamento para lograr cambios relevantes de políticas de salud y acciones de Enfermería Profesional.

INTRODUCCION

La siguiente investigación es realizada por 6 estudiantes de Licenciatura en Enfermería, pertenecientes al Instituto Nacional de Enfermería (I.N.D.E), generación 94 – 95. La misma hace referencia a como se relaciona el control prenatal precoz o tardío, de las púerperas primigestas, sin patología previa al embarazo, con la edad gestacional de sus recién nacidos. Dicho estudio, se lleva a cabo en la ciudad de Montevideo, en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Servicio de Ginecología, salas de puerperio; en el periodo comprendido entre el 1º y el 31 de mayo del 2000.

El motivo por el cual se elige éste tema, es porque resulta llamativa la alta incidencia de nacimientos pretérminos (10%) y mujeres que llegan al momento del parto con control prenatal tardío (luego de las 20 semanas de gestación), (40,7%).(6). No se encuentran datos estadísticos, ni estudios anteriores referentes a la relación del control prenatal y la edad gestacional del recién nacido.

En base a las cifras citadas, se considera que la ausencia de un control prenatal y el número de nacimientos pretérminos, significa un problema de alto interés social y sanitario, por lo cual resulta interesante observar como se relacionan dichas variables.

Numerosos autores coinciden en que el control del embarazo, es una de las prioridades para descender la mortalidad infantil; en nuestro país, en el año 1997, se situó en el 16,6 por mil nacidos vivos. También resaltan la importancia de la asistencia prenatal en la prevención del parto pretérmino, de bajo peso al nacer y al descenso franco de las muertes fetales previsibles.(16, 17, 21).

De acuerdo a lo anteriormente mencionado y a los objetivos del control prenatal (26), se cree que la realización del mismo de manera precoz disminuiría el número de pretérminos.

La Licenciada en Enfermería es la encargada de brindar cuidados para la salud en todos los niveles de atención; con un fuerte componente de promoción, prevención y capacitación; desarrollando actividades dirigidas a mejorar la calidad de atención perinatal. Los resultados que se obtuvieron en el presente estudio le son de interés, ya que, sirven de base para realizar la evaluación de las actividades desarrolladas hasta el momento y planificar nuevas acciones referidas al tema.

Se plantea como objetivo general describir la relación del control prenatal precoz con la edad gestacional del recién nacido. Basándose en éste, los objetivos específicos son:

- Conocer el número de embarazadas que se realizan el control prenatal precoz.
- Conocer el número de embarazadas que se realizan el control prenatal tardío.
- Identificar la edad gestacional de los recién nacidos, de las madres que se realizaron el control prenatal precoz y tardío.

El estudio es de tipo descriptivo transversal cuyo universo comprende 250 binomios madre – hijo, constituido por mujeres primigestas, sin patología previa al embarazo, con control prenatal, que cursan el puerperio inmediato y su recién nacido.

Se realiza diariamente la revisión de historias clínicas y carnet perinatal de todas las púerperas que ingresaron al servicio, entre las 0 y 24 horas del día anterior.

Se registran en una planilla elaborada por las estudiantes: edad de las púerperas, semanas de amenorrea al primer control prenatal y edad gestacional del recién nacido.

Los resultados se agrupan en tablas y se representan gráficamente.

Como limitaciones se encuentran, la ausencia de información de algunos sujetos en estudio y la inadecuada calidad de los registros; por lo cual no es posible que formen parte de nuestro universo.

PROBLEMA

¿ COMO SE RELACIONA EL CONTROL PRENATAL PRECOZ O TARDIO, CON LA EDAD GESTACIONAL DE LOS RECIEN NACIDOS, HIJOS DE MADRES PRIMIGESTAS, SIN PATOLOGÍA PREVIA, CON CONTROL PRENATAL; HOSPITALIZADAS EN EL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL, EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1º Y EL 31 DE MAYO DEL 2000 ?

MARCO TEORICO

"La gestación, es una circunstancia habitualmente normal y fisiológica que forma parte de la reproducción humana, su duración promedio es de 267 días o 38 semanas". (23).

"Durante el embarazo se presentan con frecuencia algunos signos y síntomas cuyo conocimiento por parte de la mujer embarazada y su familia, ayudará a establecer la sospecha de embarazo:

- a) La suspensión de la regla o ausencia del período menstrual, es el signo más importante de embarazo, cuando se presenta en mujeres con vida sexual activa y menstruaciones con ciclos regulares, o cuando no se producen dos menstruaciones consecutivas.
- b) A nivel de la pared abdominal además de lo anotado anteriormente, se observa, aumento del espesor, debido a la presión mas o menos acentuada del útero y su contenido, favorecido por la separación de los músculos recto-abdominales y el hundimiento y aplanamiento del ombligo. También se observa mayor pigmentación de la línea media abdominal (línea alba), y de las cicatrices anteriores cuando éstas existen. Pueden aparecer estrias cutáneas, preferentemente sobre la mitad inferior del abdomen y de las caderas. Las estrias recientes son de color rosado y ligeramente azulado, las estrias antiguas son nacaradas.
- c) La fatiga fácil, es una manifestación muy frecuente al principio del embarazo, y es de utilidad en su diagnóstico.
- d) Las mamas sufren también modificaciones secundarias a los cambios hormonales propios de la gestación: aumentan de tamaño, se hacen más sensibles y aumenta la pigmentación de la areola del pezón. A veces se destacan glándulas mamarias supernumerarias (ubicadas más frecuentemente en la axila). Desde los primeros meses del embarazo, puede producirse secreción de calostro (precursor de la leche materna).
- e) Las náuseas y vómitos son síntomas frecuentes durante las primeras horas del día, son molestias transitorias, aún cuando en ocasiones permanecen algunas horas en otros momentos del día. Se cree que estos síntomas están asociados a los niveles de producción de gonadotropina coriónica humana y son frecuentes alrededor de las 12 a las 18 semanas de embarazo.
- f) Pueden presentarse alteraciones miccionales, caracterizadas por un aumento en la frecuencia miccional (polaquiuria)". (20).

El control adecuado del embarazo permite detectar trastornos graves para la salud de la madre y futuro hijo, tales como: trabajo de parto prematuro, recién nacido de pretérmino o de bajo peso, malformaciones congénitas, anomalías neurológicas, hipertensión arterial, diabetes, etc.

El control prenatal es una de las más importantes acciones sanitarias en el área de salud materno-infantil.

"Se entiende por control prenatal (vigilancia prenatal, asistencia prenatal, cuidado prenatal, acompañamiento prenatal, consulta prenatal), a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

Con el control prenatal se persigue:

- la detección de enfermedades maternas subclínicas,
- la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo,
- la vigilancia del crecimiento y vitalidad fetal,

- la disminución de molestias y síntomas menores asociados al embarazo,
- la preparación psicofísica para el nacimiento,
- la administración de contenidos educativos para la salud, la familia y la crianza.

Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

- ❖ precoz
- ❖ periódico
- ❖ completo
- ❖ de amplia cobertura". (26).

"El control prenatal PRECOZ es aquel que se realiza 10 días después de la primera ausencia de la menstruación, o en su defecto durante el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud, que constituyen la razón fundamental del control. Además se toma factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso, en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir". (20).

"PERIODICO: La frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que presenta la embarazada. Las de bajo riesgo requieren un número menor de controles que las de alto riesgo. Número de controles: mensual, hasta el 7mo mes; del 7mo al 8vo mes, controles quincenales; del 8vo hasta el nacimiento, controles semanales; con un mínimo de 5 controles al nacimiento.

COMPLETO: los contenidos mínimos del control deberán garantizar, el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

AMPLIA COBERTURA: Sólo en la medida que el porcentaje de población controlada sea alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas), se podrán disminuir las tasas de morbilidad materna y perinatal.

Las barreras para el control prenatal efectivo son:

- A- Su costo, cuando no es gratuito para el usuario, a esto se le agrega gastos de transporte, pérdida de horas laborales, etc.
- B- La inadecuada capacidad del sistema de salud.
- C- Problemas en la organización, en la práctica y hasta en la atmósfera con que se brinda el control.
- D- Barreras de orden cultural.
- E- Inaccessibilidad geográfica.
- F- Descreimiento en las bondades del sistema de salud y en la necesidad del control.

Los objetivos específicos del control prenatal relacionados al problema en estudio:

- ◆ Obtener bases para planificar el control prenatal de la población.
- ◆ Definir la población afecta a ser normatizada.
- ◆ Conocer información relevante del embarazo.
- ◆ Fijar un cronograma que permita planificar las actividades del control.
- ◆ Evaluar el estado nutricional materno, y el incremento de peso durante la gestación.

- ◆ Prevenir el tétanos neonatal y puerperal.
- ◆ Pesquisar una posible incompatibilidad sanguínea materno-feto-neonatal.
- ◆ Detectar tabaquismo.
- ◆ Evaluar el estado clínico general, su adaptación al embarazo y la posible presencia de patología en curso.
- ◆ Detectar procesos sépticos dentales para su ulterior tratamiento.
- ◆ Confirmar el embarazo.
- ◆ Confirmar la existencia de vida fetal.
- ◆ Detectar precozmente patologías gineco-obstétricas.
- ◆ Detectar sífilis materna y prevenir sífilis congénita.
- ◆ Detectar y prevenir precozmente la anemia materna.
- ◆ Descartar proteinuria, glucosuria y cuerpos cetónicos en la orina.
- ◆ Identificar y tratar las infecciones del tracto urinario.
- ◆ Pesquisar: hipertensión previa al embarazo, síndrome de hipertensión inducida por el embarazo, hipotensión arterial.
- ◆ Detectar las alteraciones del crecimiento fetal.
- ◆ Detectar precozmente el embarazo múltiple para prevenir complicaciones.
- ◆ Identificar diabetes mellitus clínica y gestacional". (26).

"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" (27).

"Según un informe divulgado por el grupo "Save the children", cada año mueren en todo el mundo unas 600.000 mujeres, debido a las complicaciones durante el embarazo o el parto.

Cada año se podría prevenir la muerte de entre 1,5 y 2,5 millones de niños si las mujeres embarazadas recibieran el cuidado prenatal y parental adecuado, indicó dicho informe". (19).

"Los objetivos de la detección precoz del embarazo de alto riesgo, son el promover el cuidado prenatal más estricto, llevar a cabo la derivación a un nivel más complejo en el momento adecuado y usar los recursos disponibles en un sentido más racional.

La detección del embarazo de alto riesgo puede ser llevada a cabo en la primera visita (basada fundamentalmente en los antecedentes obstétricos, patológicos, personales y familiares de la paciente, así como en su nivel socio-cultural y económico), o en las consultas siguientes, en el caso de aparición de complicaciones del embarazo que revelen su riesgo.

A los efectos de un mejor manejo del alto riesgo, se determinan las variables de riesgo y se indica el manejo del mismo en tres grupos, basándose los dos primeros en los antecedentes y el tercero en las complicaciones de la gestación.

- Primer grupo: antecedentes maternos.
 - Muy bajo nivel socioeconómico o educacional.
 - Embarazo no deseado.
 - Madre soltera abandonada (padre desconocido, o que no vive con, ni ayuda a la embarazada).
 - Madre menor de 16 años.
 - Primigrávida mayor de 35 años.
 - Gestante añosa (mayor de 40 años).
 - Multiparidad (más de 4 partos previos).

- Peso materno habitual menor de 45Kg, o mayor de 80Kg.
 - Altura menor de 1,50m.
 - Consanguinidad entre los padres.
 - Corto periodo intergenésico (menos de un año entre parto anterior y comienzo del presente embarazo).
 - Antecedentes familiares maternos de diabetes.
 - Convivencia con tuberculoso contagioso.
 - Captación tardía: 1er control del presente embarazo, después de las 16 semanas de gestación.
 - Tabaquismo en actual embarazo: más de 3 cigarrillos/día.
 - Alcoholismo en actual embarazo: más de ½ litro de vino, o 2 vasos (30ml por vaso) de bebidas destiladas (caña, grapa, aguardiente, etc.) por día.
 - Drogadicción, o ingestión habitual de medicamentos.
- Segundo grupo: antecedentes patológicos maternos.
- A) Gineco-obstétricos:
- Toda paciente RH negativa.
 - Antecedentes de esterilidad y/o infertilidad.
 - Muerte fetal o neonatal previa (una o más).
 - Enfermedades en RN anteriores.
 - Uno o más partos de pretérmino (menos de 37 semanas de gestación).
 - Dos o más abortos (inducidos o espontáneos).
 - Preeclampsia previa.
 - Historia sospechosa de la incompetencia cervical.
 - Una o más cesáreas anteriores.
 - Antecedentes de flebitis puerperal.
 - Cicatriz uterina en embarazo anterior.
 - Estrechez pélvica.
 - Feto anencéfalo o con espina bífida en embarazo anterior, así como malformaciones.
- B) Generales:
- Anemia grave (menos de 8 gr de hemoglobina por 100ml de sangre).
 - Hipertensión arterial.
 - Diabetes que requiere insulina.
 - Tuberculosis.
 - Sífilis.
 - Otros: asma, nefropatía, cardiopatía, epilepsia, etc.).
- Tercer grupo: complicaciones durante el embarazo.
- Amenaza de parto prematuro.
 - Infección urinaria.
 - Elevación de la presión arterial mayor que 130/80 mmhg.
 - Hipotensión arterial menor de 90/60 mmhg.
 - Aumento insuficiente de peso no controlado por régimen.
 - Disminución de peso materno.
 - Rh negativa sensibilizada.

- Reacción serológica de sífilis positiva.
- Rubéola en el 1er trimestre del embarazo.
- Altura uterina en desacuerdo con la amenorrea.
- Presentación podálica después de las 36 semanas de gestación.
- Situación transversa después de las 36 semanas de gestación.
- Polihidramnios, oligoamnios.
- Crecimiento fetal insuficiente.
- Crecimiento fetal excesivo.
- Embarazo múltiple (gemelares, etc.).
- Fiebre.
- Genitorragia.
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Placenta previa.
- Infección genital (incluye herpes).
- Ausencia de movimientos fetales después de las 22 semanas de amenorrea.
- Ausencia de latidos fetales después de las 26 semanas de amenorrea.
- Diabetes aparecida en el embarazo.
- Disminución de movimientos fetales, percibidos por la madre, durante más de 3 días, después de las 36 semanas de gestación." (27).

"Muchos autores coinciden en que el costo de una asistencia prenatal correcta es moderado en comparación con el gasto que representa el tratamiento de las complicaciones serias, pero muchas veces previsible, de la madre, del recién nacido, o de ambos.

En general, para realizar un control prenatal efectivo de por sí ambulatorio, no se precisa de instalaciones costosas, aparatos complicados, ni de laboratorios sofisticados; pero sí se requiere de un equipo multidisciplinario y capacitado en éste nivel de atención, el uso sistemático de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente y del empleo criterioso de tecnologías sensibles que enuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor del esperado". (5, 30).

Dentro del equipo multidisciplinario, cabe mencionar la importancia del rol de la Licenciada en Enfermería desempeñando las funciones de asistencia, docencia e investigación a través del proceso administrativo. Mediante la consulta de enfermería y la visita domiciliaria la Licenciada en Enfermería aclara dudas de la gestante y familia, despeja miedos y tabúes, logra mayor acercamiento y confianza hacia el sistema de salud, una actitud más positiva hacia la maternidad, mejor disposición para el control y desarrollo del niño, el mejoramiento de los hábitos de vida familiares, fomentar una actitud hacia la lactancia, etc.

"Es la encargada de brindar cuidados para la salud de calidad profesional, que tiene en cuenta las necesidades físicas y psicosociales de la mujer que va a dar a luz, de la familia y de los hijos recién nacidos. El objetivo clínico incluye el cuidado de la unidad reproductiva: madre – padre – hijo. La Enfermera profesional atiende, educa y orienta a grupos de todas las edades, desde el período fetal, la niñez, la adolescencia y la etapa adulta, ya que la unidad reproductiva comprende todas éstas etapas del ciclo vital". (23).

Es relevante la presencia de Enfermería profesional en la atención primaria, con un fuerte componente de promoción, prevención y capacitación, desarrollando actividades dirigidas a mejorar la calidad de atención perinatal en el nivel adecuado. De ésta manera trabajando junto al equipo multidisciplinario se lograría disminuir las cifras estadísticas.

"La mortalidad infantil es habitualmente un indicador de salud de la población y de la eficacia de los servicios de salud". (10). "Numerosos autores coinciden en que el control del embarazo es una de las prioridades para descender la mortalidad infantil".(16, 17, 21).

Hasta el año 1997 en nuestro país se ha logrado un descenso progresivo de la tasa de mortalidad infantil (16,6 p.mil) fundamentalmente debido a las acciones realizadas en el desarrollo de actividades de la atención primaria de la salud. (18).

En el Uruguay de acuerdo a datos obtenidos del Sistema Informático Perinatal (SIP), en el año 1998, la población asistida por el sistema público, presenta un control del embarazo posterior a las 20 semanas de gestación en un 37,9% y una incidencia de recién nacidos pretérminos igual a 11,9%, del total de recién nacidos. En el sistema privado el embarazo es controlado antes de las 20 semanas de gestación en un 70,3% y tienen una incidencia de pretérminos correspondiente al 7,4%, del total de recién nacidos. (6).

"La edad gestacional se determina a partir del primer día de la última menstruación, cuando ésta es segura y por el examen clínico del recién nacido, en nuestro medio es el Método Capurro." (ver anexo N° 1). (26).

"Examinar a un recién nacido exige algo más que destreza manual; también necesitará paciencia y flexibilidad. La valoración de un recién nacido se realiza de manera sistemática con el propósito de identificar en el neonato lo normal y lo alterado, necesidades reales y potenciales, riesgo de alteraciones potenciales, determinación de acciones de enfermería, evaluación de la respuesta a la terapia médica y de enfermería y a la vida extrauterina.

Para comenzar el examen, observe al recién nacido. Fíjese en su postura, color, expresión facial, patrón respiratorio, profundidad del sueño y actividad espontánea.

- **Proporciones corporales:** El perímetro craneal en el recién nacido es por término medio de 33,8 cm. El perímetro torácico, acostumbra a ser 2,5 cm menor que el de la cabeza. La longitud normal de un recién nacido varía de 45 a 52,5 cm.
- **Respuestas y reflejos senso-motores:** Las funciones neurológicas claves que se valorarán son su nivel de actividad, respuesta a los estímulos, alerta espontánea, fuerza y carácter del llanto, uso comparativo de todas las extremidades, fuerza de succión y grado del tono muscular postural. Los reflejos a examinar son: Búsqueda, succión, ciliar, signo de ojos en sol poniente, oculocefalógiro, moro, tónico del cuello, prensión palmar, tendinoso profundo, de la marcha, Babinski (plantar), parpadeo, bostezo, estomudo o hipo.
- **Sensación táctil y temperatura corporal:** En el recién nacido las sensaciones de tacto, presión, temperatura y dolor están presentes desde el momento del nacimiento o poco después. Los labios son hipersensibles, mientras que la piel del tronco, muslo y antebrazos son hiposensibles. En un entorno agradable su temperatura suele estabilizarse entre 36,1 y 37,2 °C.
- **Cabeza y cara:** La fontanela anterior tiene forma romboide y está situada entre los huesos frontal y parietales. El orificio debe ser del tamaño de la yema de su dedo meñique. La fontanela posterior, triangular y situada entre los huesos parietales y occipitales, puede estar casi cerrada al momento de nacer. A la palpación deben aparecer blandas, pero sin protrusiones ni depresiones. Si el recién nacido tiene menos de 24 horas, puede presentar caput succedaneum (edema localizado, congestión y petequias en el cuero cabelludo, cruzando las líneas de suturas). La cara del recién nacido es pequeña y redonda, con la mandíbula algo hundida. La cara ha de ser simétrica (con los ojos iguales); ambos lados de

la boca deben ser simétricos cuando el niño succiona o llora, y ambos lados de la cara han de ser móviles. Se prestará atención a la expresión facial del recién nacido, que puede indicar distrés o satisfacción. El recién nacido prácticamente no tiene cejas, pero puede tener pestañas muy largas. Los ojos de los niños blancos acostumbran a ser azules o grises, mientras que los de otras razas son más oscuros. Todos los niños nacen sin reflejo de parpadeo. Las pupilas han de reaccionar a la luz por igual. Probablemente el recién nacido posee visión binocular y en color. Su visión tiene agudeza máxima a una distancia de 20 cm del objeto.

- **Nariz y boca:** Nariz achatada y blanda, secreción acuosa y sin presencia de aleteo nasal. El olfato está muy desarrollado. Los labios del recién nacido, de color rosáceo, suelen estar secos. Sus encías deben tener un color rosa saludable, y han de verse las yemas de los dientes. El sentido del gusto del recién nacido está mucho más desarrollado que el de la vista o el oído.
- **El llanto:** Llorará de forma espontánea durante el examen, fijese en la naturaleza, tono, intensidad, frecuencia y esfuerzo del llanto. El llanto ha de ser de tono normal. Su intensidad variará con la respiración del bebe.
- **Oídos y cuello:** En un recién nacido a término, la formación del cartílago da soporte y consistencia a la oreja. Su línea superior del pabellón tiene que estar con la línea de los ojos. El cuello es corto y débil, con pliegues cutáneos húmedos y profundos en los que fácilmente pueden formarse pústulas. Cuando gire la cabeza de un bebe, su barbilla ha de detenerse sobre la mitad de los hombros.
- **La piel:** Al nacer, la piel del bebe es de color rojo púrpura y cianótica, pero a las pocas horas sólo persisten cianóticas las palmas de las manos y las plantas de los pies. Normalmente, la pigmentación varía según la raza. El recién nacido normal tiene numerosas marcas cutáneas únicas, como por ejemplo: millium, lanugo, eritema tóxico, petequias, telangiectasia superficial. La vernix es una sustancia protectora, de color blanco y aspecto mantecoso, que recubre la piel al nacer. Aunque finalmente acaba por absorberse, puede apreciarse en los pliegues cutáneos varios días después del nacimiento.
- **Espalda y extremidades:** Los recién nacidos tienen las piernas arqueadas, los pies planos y las extremidades frías. Los pliegues deben estar a la misma altura.
- **Tórax y sistema respiratorio:** El tórax del recién nacido es cilíndrico, con diámetros antero posterior y lateral iguales. Las costillas han de ser flexibles. La frecuencia respiratoria normal es entre 25 y 40 respiraciones por minuto, superficiales y abdominales y con un ritmo ligeramente irregular.
- **Circulación:** La frecuencia cardíaca del recién nacido varía con el llanto, la actividad, el sueño y la alimentación, pero la frecuencia normal se sitúa alrededor de 120 – 160 latidos por minuto. Posee una presión arterial igual a 50 – 70 mmhg de sistólica y 25 – 40 mmhg de diastólica.
- **Abdomen:** Normalmente es cilíndrico y ligeramente protuberante. El cordón umbilical presenta una vena central más gruesa y dos arterias más finas. El estómago tiene una capacidad de 30 – 40 ml, presenta una mucosa delicada y musculatura poco desarrollada. Presenta secreción salival escasa. El intestino presenta un tamaño de 3 metros, poco desarrollo de la inervación de la pared intestinal. Las deposiciones pueden ser de tipo meconio, de transición o amarillo oro; con una frecuencia intestinal igual a 2 o 3 veces al día.
- **Genitales:** El recién nacido ha de orinar en las primeras 24 horas de vida. La orina no es concentrada, opaca ni hemática. Posee un color amarillo, es inodora, el número de

micciones diarias es de aproximadamente 15 – 20, y posee una diuresis de 1 – 3 ml/Kg/h. En la recién nacida femenina se pueden presentar secreciones blancas o sanguinolentas, que son normales. En el recién nacido masculino los testículos deberán de estar en las bolsas, los cuales bajan a las 30 semanas de gestación". (26, 28).

"Los recién nacidos de pretérmino, son aquellos que nacen antes de la semana 38 de gestación, sin importar su peso.

Se identifican diversos factores que se asocian con el trabajo de parto de pretérmino:

- Antecedentes Maternos:
 - ❖ Enfermedades crónicas:
 - diabetes
 - enfermedades renales
 - enfermedades cardiovasculares
 - enfermedades respiratorias
 - ❖ Exposición in útero al dietil estilbestrol (DES).
 - ❖ Anomalías del aparato reproductivo.
 - ❖ Falta de peso (antes del embarazo).
 - ❖ Tabaquismo.
 - ❖ Edades extremas (menor de 18, y mayor de 35 años).
 - ❖ Trabajo de parto pretérmino previo.

- Embarazo actual:
 - ❖ Aumento inadecuado de peso.
 - ❖ Enfermedad materna aguda:
 - hipertensión inducida por el embarazo
 - infecciones del sistema urinario
 - corioamnionitis, infección vaginal
 - ❖ Hemorragia antes del parto.
 - ❖ Isoinmunización.
 - ❖ Rotura prematura de membranas.
 - ❖ Gestación múltiple.
 - ❖ Polihidramnios.
 - ❖ Retención de dispositivos intrauterino.

- Factores fetales:
 - ❖ Anomalías fetales.
 - ❖ Muerte fetal intrauterina.
 - ❖ Infección." (23)

"Los problemas del RN pretérmino más frecuentes son:

- Hipotermia.
- SDR.
- Hipoglicemia.
- Infección.
- Hiperbilirubinemia.
- Apnea.

- Anemia.
- Hipotensión, oliguria." (26).

"Los RN de postérmino son aquellos que nacen con una edad gestacional mayor de 42 semanas de gestación". (23).

"Los problemas del RN de postérmino más frecuentes son:

- Hipoglicemia.
- Asfixia neonatal.
- SDR:
 - a) Neumonía por aspiración.
 - b) Hipertensión arterial.
 - c) Neumotórax." (26)

En un estudio realizado en el año 1984 en el Servicio de recién nacidos del Hospital Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay; se analizaron las características del control del embarazo y su relación con distintos aspectos de morbimortalidad neonatal, destacándose de éste trabajo el muy bajo nivel socio económico y cultural de las madres, lo que fue considerado en primer lugar como causa determinante de embarazo de riesgo. Se observó un alto porcentaje de embarazos no controlados (34%), o de embarazo de captación tardía en aquellos que se controlaron, destacándose una mayor morbimortalidad neonatal en el grupo de embarazos mal controlados o no controlados, con un porcentaje de madres adolescentes de un 23%.

Pasados 10 años de éste estudio se realizó un nuevo trabajo, con iguales objetivos que el anterior y en el mismo Servicio, obteniéndose los siguientes resultados: un gran porcentaje de madres adolescentes son primigestas, que controlan en forma tardía su embarazo; con un porcentaje de 30% de embarazos no controlados. El porcentaje de pretérminos fue más elevado en las madres adolescentes que en la población de madres adultas, con resultados estadísticamente significativos.

La morbilidad así como la mortalidad precoz fue elevada en las madres más jóvenes. (12).

En otro estudio consultado, analiza diferentes factores de riesgo perinatales relacionado al control prenatal y nivel educacional de la población, que asistió a la Cooperativa Médica de Canelones (COMECA), en el período comprendido entre el 1º de enero de 1992 y el 31 de diciembre de 1994. Los resultados fueron:

- Un 6,9% de usuarias menores de 19 años; cifra baja si la comparamos con la población hospitalaria dónde sabemos que las adolescentes constituyen hoy, aproximadamente un 20% de las madres.
- Un 86,2% de embarazadas bien controladas (mayor de 4 controles); si lo comparamos con los datos que nos brinda el S.I.P. para 1993, el resultado es francamente superior a las cifras de Uruguay en general (75%), pero más bajo que los valores de las mutualistas del interior (96%).
- Se puede distinguir una tendencia a un menor control del embarazo en adolescentes (80,8%), que en madres adultas (88,5%).
- Un 9,8% fueron recién nacidos pretérminos. (11).

METODO

El estudio realizado es descriptivo transversal, cuya población objeto de estudio está integrada por el binomio madre – hijo, constituido por mujeres primigestas, sin patología previa al embarazo, con control prenatal, que cursan el puerperio inmediato, y sus recién nacidos. Dicha investigación se llevó a cabo en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el Servicio de Ginecología, salas de puerperio, en el período comprendido entre el 1º y el 31 de mayo del 2000.

El universo comprende 250 binomios madre – hijo, que cumplieron con los criterios de inclusión de nuestro objeto de estudio.

Quedaron excluidas del universo, aquellas usuarias que no presentaron la totalidad de los datos requeridos por la planilla (anexo N° 1), registrados en la historia clínica o carnet perinatal; así como también, las que presentaron inadecuada calidad de sus registros (15 usuarias).

Especificación de variables

Control prenatal:

- Definición conceptual: Es la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada, con integrantes del equipo de salud, siendo este periodo con un mínimo de 5 controles. (26).

Precoz: es la visita que se realiza dentro del primer trimestre de la gestación (12 semanas). (20).

Tardío: es la visita que se realiza posterior a las 12 semanas de gestación. (20).

- Definición operativa: semanas que transcurren desde la fecha de la última menstruación, hasta la fecha del primer control prenatal.
- Categorización:
 - Precoz.
 - Tardío.

Edad gestacional:

- Definición conceptual: se determina a partir del primer día de la última menstruación, cuando ésta es segura, hasta el nacimiento, y por el examen clínico del recién nacido; en nuestro medio es el Método Capurro. (26).
- Definición operativa: semanas de gestación al nacimiento.
- Categorización: (23).
 - menor de 38 semanas, (pretérmino).
 - de 38 a 42 semanas, (término).
 - mayor de 42 semanas, (posttérmino).

Edad de la madre:

- Definición conceptual: periodo en años que transcurre desde el nacimiento hasta la fecha actual.
- Categorización: (23).
 - Menor de 18 años.
 - Entre 18 y 35 años.
 - Mayor de 35 años.

La recolección de datos fue realizada por 6 estudiantes del Instituto Nacional de Enfermería, distribuyéndose los 31 días, de la siguiente manera: 6 días para un estudiante y 5 para cada uno de los integrantes.

	MAYO					
	01 - 06	07 - 11	12 - 16	17 - 21	22 - 26	27 - 31
BARISIONE, Laura	→					
FARIAS, Noelya		→				
LEMAIRE, Paola			→			
MORALES, Ana				→		
PITTETA, Ruth					→	
VALIENTE, Mercedes						→

Diariamente se realizó una revisión de la historia clínica y carnet perinatal de todas las puérperas, que ingresaron al servicio entre las 0 y 24 horas del día anterior.

Se registraron en la planilla elaborada por las estudiantes, los datos de la población en estudio. También se llevó un registro de la cantidad de partos, en ese período en dicho hospital (792 partos). (Anexo 1).

La accesibilidad de los datos fue más fructífera, fuera del horario de visita médica y en ausencia de estudiantes.

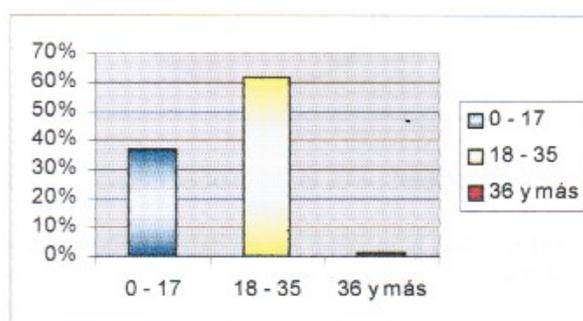
RESULTADOS

De acuerdo a los objetivos planteados, se analizará la población de madres primigestas, sin patología previa al embarazo, con control prenatal; y sus recién nacidos: 250, hospitalizadas en el C.H.P.R., Servicio de Ginecología, salas de puerperio; en el período comprendido entre el 1º y el 31 de mayo del 2000.

TABLA N° 1: Distribución según la edad de las puérperas primigestas, sin patología previa al embarazo, con control prenatal, hospitalizadas en el C.H.P.R., en el período comprendido entre el 1º y el 31 de mayo del 2000.

	F.A.	F.R.	F.R. %
0 - 17	91	0,37	37
18 - 35	156	0,62	62
36 y más	3	0,01	1
Total	250	1	100

GRAFICA N° 1:

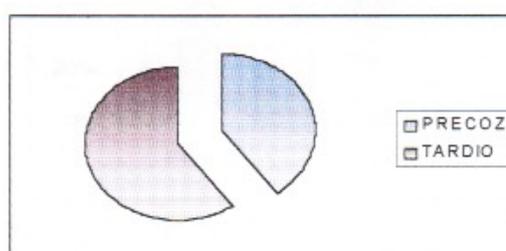


Un poco más de la mitad de nuestro universo, se encuentra dentro del rango de edad de 18 a 35 años. Destacándose el porcentaje de adolescentes, correspondiente a un 37%.

TABLA N° 2: Distribución según la semanas de gestación al primer control prenatal de las puérperas primigestas, sin patología previa al embarazo, con control prenatal, hospitalizadas en el C.H.P.R., en el período comprendido entre el 1º y el 31 de mayo del 2000.

	F.A.	F.R.	F.R.%
Precoz	100	0,4	40
Tardio	150	0,6	60
Total	250	1	100

GRAFICA N° 2:

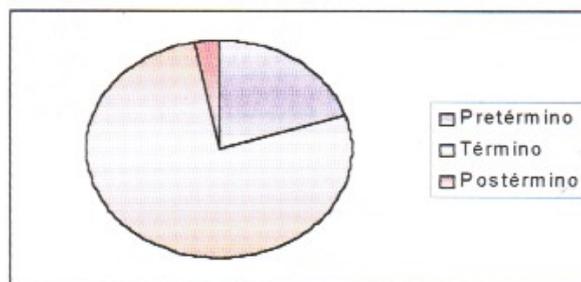


Más de la mitad de nuestra población se realizó el control prenatal en forma tardía.

TABLA N° 3: Distribución según la edad gestacional de los recién nacidos, de puérperas primigestas, sin patología previa al embarazo, con control prenatal, hospitalizadas en el C.H.P.R., en el período comprendido entre el 1° y el 31 de mayo del 2000.

	F.A.	F.R.	F.R%
Pretérmino	50	0,2	20
Término	193	0,77	77
Postérmino	7	0,03	3
Total	250	1	100

GRAFICA N° 3:

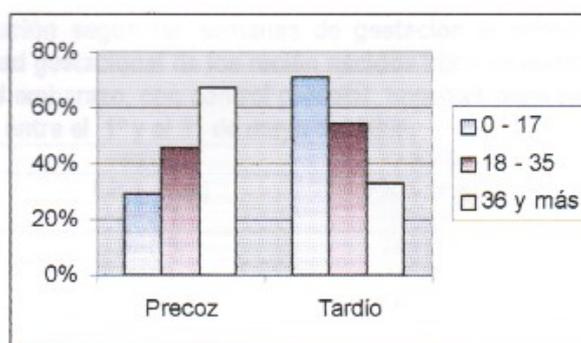


Del total de 250 partos el 77% fueron de término, el 20% pretérmino.

TABLA N° 4: Distribución según la edad de las puérperas primigestas, sin patología previa al embarazo, con control prenatal, hospitalizadas en el C.H.P.R., relacionado a las semanas de gestación al primer control prenatal; en el período comprendido entre el 1° y el 31 de mayo del 2000

	0 - 17	18 - 35	36 y más	Total
	F.R.% (F.A.)	F.R.% (F.A.)	F.R.% (F.A.)	
Precoz	29 (26)	46 (72)	67 (2)	100
Tardío	71 (65)	54 (84)	33 (1)	150
Total	100 (91)	100 (156)	100 (3)	250

GRAFICA N° 4:



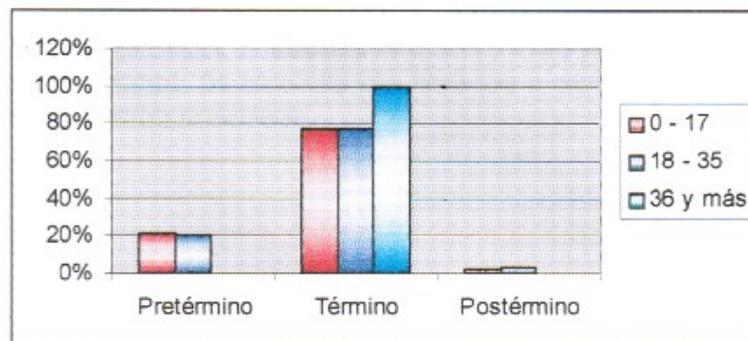
De un total de 91 puérperas menores de 18 años, el 71% se controló el embarazo en forma tardía. De 156 usuarias con edades comprendidas entre 18 y 35 años, la mitad se realizó el

control prenatal tardíamente. Y de las usuarias mayores de 36 años (3) el 67% se controló de forma precoz.

TABLA N° 5: Distribución según la edad de las púerperas primigestas, sin patología previa al embarazo, con control prenatal, hospitalizadas en el C.H.P.R., en el período comprendido entre el 1° y el 31 de mayo del 2000; relacionado con la edad gestacional de sus recién nacidos.

	0 - 17	18 - 35	36 y más	Total
	F.R.% (F.A.)	F.R.% (F.A.)	F.R.% (F.A.)	
Pretérmino	21 (19)	20 (31)	0	50
Término	77 (70)	77 (120)	100 (3)	193
Postérmino	2 (2)	3 (5)	0	7
Total	100 (91)	100 (156)	100 (3)	250

GRAFICA N° 5:

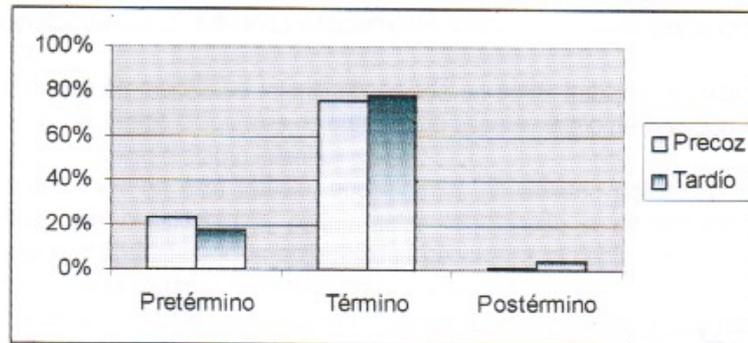


En las púerperas menores de 18 años se observa que el 21% tuvieron hijos pretérminos y un 77% a término, dichos porcentajes no presentan diferencia con respecto a las púerperas con edades comprendidas entre 18 y 35 años. Mientras que el total de las púerperas mayores de 36 años tuvieron hijos a término.

TABLA N° 6: Distribución según las semanas de gestación al primer control prenatal relacionado con la edad gestacional de los recién nacidos hijos de púerperas primigestas, sin patología previa al embarazo, con control prenatal, hospitalizadas en el C.H.P.R., en el período comprendido entre el 1° y el 31 de mayo del 2000.

	PRECOZ	TARDIO	TOTAL
	F.R.% (F.A.)	F.R.% (F.A.)	
Pretérmino	23 (23)	18 (27)	50
Término	76 (76)	78 (117)	193
Postérmino	1 (1)	4 (6)	7
Total	100 (100)	100 (150)	250

GRAFICA N° 6:



No se observa gran diferencia porcentual, al relacionar el control prenatal precoz o tardío con los nacimientos pretérminos y términos. Se encuentra una tendencia a nacimientos postérminos cuando el control prenatal se realiza tardíamente.

DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De todos los estudios consultados, se deduce la indiscutible importancia del control prenatal como factor promotor de salud, actuando directamente sobre el bienestar del binomio madre – hijo. (7, 10, 11, 12).

El descenso de la tasa de mortalidad infantil observada en éstos trabajos, se relaciona con el aumento del número de visitas prenatales, lo cual, es un aspecto digno de atención en cualquier plan de asistencia en la salud materno infantil.

En la población estudiada en éste trabajo, encontramos un elevado porcentaje de controles prenatales tardíos, que consideramos podría estar relacionado a un escaso nivel socio económico y cultural, dificultades en la accesibilidad geográfica al centro de salud y aspectos psico sociales que influyen negativamente en la madre y familia.

La edad de las madres estudiadas mostró que la mayoría se encuentra dentro del rango de edad de 18 a 35 años, observándose también un importante porcentaje de madres adolescente, siendo ésta una población de alto riesgo obstétrico, debido a que el embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la suficiente madurez física ni mental; a veces, tiene lugar en circunstancias adversas en que se destacan las carencias nutricionales u otras enfermedades y en un medio social poco receptivo para aceptarlo y protegerlo. Esta situación conlleva problemas de tipo médico y psico social. (8).

En cuanto a la edad gestacional de los recién nacidos, el mayor porcentaje son los nacidos a término, seguidos de los pretérminos (20%), que en comparación con las cifras obtenidas del S.I.P. (15,1% en 1998), cobra importancia destacarlos, ya que, éste grupo presenta alta incidencia de mortalidad neonatal. (6).

Consideramos que la vulnerabilidad y labilidad que poseen, trae aparejado alteraciones fisiopatológicas, dificultades en la lactancia materna y en el vínculo madre – hijo – padre, alteraciones psicológicas, sociales y económicas a nivel del núcleo familiar, aumento de los costos sanitarios, alto nivel de dependencia del equipo de salud, donde las acciones de Enfermería Profesional están destinadas al recién nacido y familia.

Cuando relacionamos variables encontramos resultados interesantes. El mayor porcentaje de los controles prenatales tardíos, corresponde a usuarias adolescentes; creemos que esto ocurre debido a las características propias de la adolescencia y su entorno social. A su vez se observó, que éste grupo poblacional, presentó mayor porcentaje de nacimientos pretérminos en relación con el resto de la población.

Según nuestro trabajo, ésta situación estaría relacionada con el control prenatal tardío que presentaron las mismas. A su vez existen otras variables que influyen en el nacimiento de pretérmino, como la calidad y periodicidad de los controles prenatales, nivel socio económico y cultural, hábitos, antecedentes maternos, etc. (23).

En cuanto a las madres mayores de 36 años, se observó que se controlaron más precozmente el embarazo que el resto. Esto podría deberse a que presentan mayor temor que las demás madres; ya que poseen una alta probabilidad de tener hijos con malformaciones y enfermedades genéticas. (23). La situación antes mencionada tiene una repercusión social más relevante en comparación con los riesgos que corre el hijo de una madre adolescente. Además, se observa que el embarazo en éste grupo poblacional, llega en una etapa de la vida donde la mujer posee mayor receptividad frente a la maternidad.

El 100% de éste grupo etéreo, que se controló precozmente el embarazo tuvo recién nacidos a término.

Al analizar el control prenatal precoz o tardío con la edad gestacional del recién nacido, no se observó una relación importante entre ambas variables. Esto se debe a que en nuestro estudio no fueron tomados en cuenta otros factores (ya mencionados), que influyen en la edad gestacional del recién nacido. Si se observó, una tendencia de recién nacidos postérminos en aquellas embarazadas controladas tardiamente; lo cual, no se puede generalizar, ya que la frecuencia absoluta de nuestra población es de 7 recién nacidos postérminos.

Todo lo anteriormente señalado, refleja que más allá de los programas y actividades de promoción que se han realizado para mejorar la atención perinatal, no han sido suficientes, o se realizan en forma inadecuada; lo que sirve de base para llevar a cabo cambios relevantes de políticas de salud con énfasis en el primer nivel de atención.

El accionar de la Licenciada en Enfermería, trabajando en éste nivel, deberá apuntar al mayor desempeño de actividades tanto a nivel intramuros como en la comunidad, lo cual, le permitirá obtener una mayor captación de las embarazadas y elevará el reconocimiento profesional dentro del equipo de salud y de la sociedad.

Creemos que éste es un desafío que debe quedar planteado y no nos podemos desentender ninguno de los profesionales de la salud, que asistimos a las madres, a los hijos por venir y a los que ya nacieron, y hacia ellos deben ir todos nuestros esfuerzos.

En base a lo expuesto consideramos que se logró alcanzar los objetivos planteados al inicio de nuestra investigación y mencionamos algunas recomendaciones y/o sugerencias que apuntan a mejorar la calidad del control del embarazo para lograr disminuir la morbimortalidad del binomio madre - hijo:

- ❖ Intensificar acciones de atención primaria en salud.
- ❖ Desarrollar programas educativos de máximo alcance dirigidos a los adolescentes sobre sexualidad, enfermedades de transmisión sexual, maternidad, lactancia y riesgos que presentan las madres adolescentes y sus hijos.
- ❖ Creación de equipos multidisciplinarios para la atención, apoyo y seguimiento de la madre, padre y recién nacido; con recursos humanos, financieros, y áreas físicas específicas para el desarrollo de las actividades planteadas.
- ❖ Realizar nuevos estudios referidos a éste tema:
 - 1- Dónde se utilicen las siguientes variables: calidad del control prenatal, peso del recién nacido, nivel de instrucción de las madres, nivel socio económico (en varios centro de atención).
 - 2- Dónde se analicen las causas relacionadas a la concurrencia al control prenatal de manera precoz o tardía.
 - 3- Tomando en cuenta inicio y frecuencia de los controles.
- ❖ Llevar a cabo investigaciones referidas al desarrollo del embarazo y nacimiento en las mujeres mayores de 36 años, como grupo poblacional de alto riesgo obstétrico.

BIBLIOGRAFIA

- 1- ALTHABE, F., et al. El parto pretérmino detección de riesgo y tratamiento preventivo. EN: Revista panamericana de salud pública, vol. 5, 1999. Pág. 373 – 85.
- 2- AVERY. Neonatología. Fisiopatología y manejo del recién nacido. 3ª ed. Panamericana.
- 3- BELIZAN, J. M., et al. Propuestas para la programación del control prenatal. Buenos Aires, Argentina, Sociedad Argentina de pediatría, 1998.
- 4- CANALES, F. H., et al. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud. 2ª ed. Washington D.C., Serie Paltex, 1994.
- 5- CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA Y DESARROLLO HUMANO. El control prenatal. EN: Salud perinatal, vol. 3 (10), 1990.
- 6- CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA Y DESARROLLO HUMANO, et al. Sistema informático perinatal en el Uruguay 2000. Publicación científica Nº 1395, noviembre 1999.
- 7- DIAZ, A. J., et al. Documento base para la normatización del bajo riesgo. EN: Control prenatal, publicación científica del C.L.A.P. Nº 1092, 1986.
- 8- DURA TRAVE, T., et al. Repercusión neonatal del embarazo en adolescentes. España, 1989.
- 9- ECO, H. Cómo se hace una tesis. Buenos Aires, Argentina, Gredisa, 1989.
- 10- FERRO, O., et al. Control del embarazo. Trabajo realizado en el Servicio de recién nacidos del Hospital Pereira Rossell, Facultad de Medicina, 1989.
- 11- FONT DE GATTI, C. Control prenatal y nivel educacional materno como factor de riesgo perinatal. Trabajo realizado en CO.ME.CA.. Facultad de Medicina, agosto 1995.
- 12- GUGLIUCCI, S. Control del embarazo y resultados perinatales en el embarazo de madre adolescente. Trabajo realizado en Clínica pediátrica C, Hospital Pereira Rossell, Facultad de Medicina, marzo 1996.
- 13- HERNANDEZ, R., et al. Metodología de la investigación. México, Hill Interamericana, 1991.
- 14- <http://camargo.med.br/artigos.htm>. Camargo, E. Asistencia prenatal.
- 15- http://escuela.med.puc.c/Departamentos/Obstetricia/alto_riesgo/parto_prematuro.htm. Parto prematuro.

- 16- KUATE DEFO, B. & PARTIN, M. Determinants of low birth weight: a comparative study. EN: Journal of Biosocial Science, vol.25 (1), 1993. Pág. 87 – 100.
- 17- MEIS, P. J., et al. Causes of low birth weight in public and private patients. EN: Am-J-Obstet-Gynecol, 156, 1987. Pág. 1165 – 1168.
- 18- M.S.P. Actividades que favorecieron la disminución de la mortalidad infantil. EN: Salud y Vida, vol. 1, febrero 2000. Pág. 6 – 7.
- 19- M.S.P. Alarmante: cada tres minutos muere en el mundo una mujer por complicaciones del parto. EN: Salud y Vida, vol. 3, abril 2000. Pág. 15.
- 20- O.P.S. & O.M.S. Guía sobre educación comunitaria en salud perinatal. Washington D.C., 1988.
- 21- PARDO, S. J., et al. Muerte fetal: análisis prospectivo de un año. EN: Revista de Chile: Obstet. Ginecol., vol. 58 (4), 1993. Pág. 262 – 70.
- 22- PEÑA, J. L. Neonatología. Pautas de diagnóstico y tratamiento. Montevideo, Uruguay, Librería Médica, 1991.
- 23- REEDER, S. J., et al. Enfermería materno infantil. 17ª ed. México, Interamericana, 1995.
- 24- RUOTÍ, A. M., et al. Salud reproductiva. Obstetricia y perinatología. 2ª ed. Paraguay, Efacim-Eduna, 2000.
- 25- SCHWARCZ, R. L., et al. Obstetricia. 4ª ed. Buenos Aires, Argentina, El Ateneo, 1986.
- 26- SCHWARCS, R. L., et al. Salud reproductiva materna perinatal. Atención prenatal y del parto de bajo riesgo. Montevideo, C.L.A.P., julio 1991.
- 27- SOLARI, A., et al. Temas de salud (I). Guía de atención primaria para educadores y docentes. 2ª ed. Montevideo, Uruguay, M.S.P., U.Ni.CEF., noviembre 1996.
- 28- TAPIA, J. L. & VENTURA-JUNCA, P. Manual de neonatología. 6ª ed. Santiago de Chile, Mediterráneo, 1992.
- 29- TOPOLANNKY, R. & BURGOS, J. Semiología obstétrica y neonatal. 2ª ed. Montevideo, Uruguay, Médica Sur Ltda, 1987.
- 30- WILLIAMS. Obstetricia. 3ª ed. Barcelona, España, Salvat, 1986.

ANEXO 1

PROTOCOLO DE LA INVESTIGACION

INDICE

	Pág.
□ PROBLEMA _____	1
□ FUNDAMENTACION _____	1
□ MARCO TEORICO _____	2
□ OBJETIVOS _____	12
□ VARIABLES _____	12
□ SUJETOS DE ESTUDIO _____	13
□ DISEÑO _____	13
□ RECOGIDA DE DATOS _____	13
□ ANALISIS _____	13
□ LIMITACIONES _____	13
□ PLAN DE TRABAJO _____	13
□ CRONOGRAMA DE GANTT _____	15
□ PLANILLA DE RECOLECCION DE DATOS _____	16

RELACION ENTRE EL CONTROL PRENATAL, DE LAS EMBARAZADAS PRIMIGESTAS, SIN PATOLOGÍA PREVIA AL EMBARAZO, CON CONTROL PRENATAL; CON LA EDAD GESTACIONAL DE LOS RECIEN NACIDOS, NACIDOS EN EL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL, EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1º Y EL 31 DE MAYO DE 2000.

PROBLEMA:

¿Cómo se relaciona el control prenatal precoz o tardío con la edad gestacional de los recién nacidos hijos de madres primigestas, sin patología previa al embarazo, con control prenatal; hospitalizadas en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el período comprendido entre el 1º y el 31 de mayo del 2000.

FUNDAMENTACION:

El motivo por el cual se eligió éste tema para realizar el estudio fue porque nunca deja de alamar la alta incidencia de nacimientos pretérminos, en aquellas mujeres que llegan al momento del parto, cursando una gravidez mal o insuficientemente controlada.

Según datos obtenidos a través del Sistema Informático Perinatal (S.I.P.), en nuestro País en 1998, un 89,6% de embarazadas se realizó el control prenatal, dentro de las cuales el 40,7% concurreó luego de las 20 semanas de gestación; del total de nacimientos un 10% fueron recién nacidos pretérminos. Estos porcentajes presentan similitud tanto en el sector público como en el privado. (6).

No existen datos estadísticos ni estudios anteriores referentes a la relación entre el control prenatal y la edad gestacional del recién nacido.

En base a las cifras anteriormente citadas consideramos que: la ausencia de un control prenatal precoz y el número de nacimientos pretérminos, significan un problema de amplio interés social y sanitario.

Numerosos autores coinciden en que el control del embarazo, es una de las prioridades para descender la mortalidad infantil; que en nuestro País, en el año 1997 se situó en el 16,6 por mil nacidos vivos.

También resalta la importancia de ésta asistencia prenatal en la prevención del parto pretérmino, de bajo peso al nacer y el descenso franco de las muertes fetales previsibles. (16, 17, 21).

De acuerdo a lo anteriormente mencionado, se cree que la realización del control prenatal de manera precoz disminuiría el número de pretérminos.

La Licenciada en Enfermería es la encargada de brindar cuidados para la salud en todos los niveles de atención, con un fuerte componente de promoción, prevención y capacitación; desarrollando actividades dirigidas a mejorar la calidad de atención perinatal. Los resultados que se obtendrán en el presente estudio son de interés, ya que sirven de base para realizar la evaluación de las actividades desarrolladas hasta el momento y planificar nuevas acciones referidas al tema.

MARCO TEORICO:

"La gestación, es una circunstancia habitualmente normal y fisiológica que forma parte de la reproducción humana, su duración promedio es de 267 días o 38 semanas". (23).

"Durante el embarazo se presentan con frecuencia algunos signos y síntomas cuyo conocimiento por parte de la mujer embarazada y su familia, ayudará a establecer la sospecha de embarazo:

- a) La suspensión de la regla o ausencia del período menstrual, es el signo más importante de embarazo, cuando se presenta en mujeres con vida sexual activa y menstruaciones con ciclos regulares, o cuando no se producen dos menstruaciones consecutivas.
- b) A nivel de la pared abdominal además de lo anotado anteriormente, se observa, aumento del espesor, debido a la presión mas o menos acentuada del útero y su contenido, favorecido por la separación de los músculos recto-abdominales y el hundimiento y aplanamiento del ombligo. También se observa mayor pigmentación de la línea media abdominal (línea alba), y de las cicatrices anteriores cuando éstas existen. Pueden aparecer estrías cutáneas, preferentemente sobre la mitad inferior del abdomen y de las caderas. Las estrías recientes son de color rosado y ligeramente azulado, las estrías antiguas son nacaradas.
- c) La fatiga fácil, es una manifestación muy frecuente al principio del embarazo, y es de utilidad en su diagnóstico.
- d) Las mamas sufren también modificaciones secundarias a los cambios hormonales propios de la gestación: aumentan de tamaño, se hacen más sensibles y aumenta la pigmentación de la areola del pezón. A veces se destacan glándulas mamarias supernumerarias (ubicadas más frecuentemente en la axila). Desde los primeros meses del embarazo, puede producirse secreción de calostro (precursor de la leche materna).
- e) Las náuseas y vómitos son síntomas frecuentes durante las primeras horas del día, son molestias transitorias, aún cuando en ocasiones permanecen algunas horas en otros momentos del día. Se cree que estos síntomas están asociados a los niveles de producción de gonadotrofina coriónica humana y son frecuentes alrededor de las 12 a las 18 semanas de embarazo.
- f) Pueden presentarse alteraciones miccionales, caracterizadas por un aumento en la frecuencia miccional (polaquiuria)". (20).

El control adecuado del embarazo permite detectar trastornos graves para la salud de la madre y futuro hijo, tales como: trabajo de parto prematuro, recién nacido de pretérmino o de bajo peso, malformaciones congénitas, anomalías neurológicas, hipertensión arterial, diabetes, etc.

El control prenatal es una de las más importantes acciones sanitarias en el área de salud materno-infantil.

"Se entiende por control prenatal (vigilancia prenatal, asistencia prenatal, cuidado prenatal, acompañamiento prenatal, consulta prenatal), a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

Con el control prenatal se persigue:

- la detección de enfermedades maternas subclínicas,
- la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo,
- la vigilancia del crecimiento y vitalidad fetal,

- la disminución de molestias y síntomas menores asociados al embarazo,
- la preparación psicofísica para el nacimiento,
- la administración de contenidos educativos para la salud, la familia y la crianza.

Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

- ❖ precoz
- ❖ periódico
- ❖ completo
- ❖ de amplia cobertura". (26).

"El control prenatal PRECOZ es aquel que se realiza 10 días después de la primera ausencia de la menstruación, o en su defecto durante el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud, que constituyen la razón fundamental del control. Además se torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso, en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir". (20).

*PERIODICO: La frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que presenta la embarazada. Las de bajo riesgo requieren un número menor de controles que las de alto riesgo.

Número de controles: mensual, hasta el 7mo mes; del 7mo al 8vo mes, controles quincenales; del 8vo hasta el nacimiento, controles semanales; con un mínimo de 5 controles al nacimiento.

COMPLETO: los contenidos mínimos del control deberán garantizar, el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

AMPLIA COBERTURA: Sólo en la medida que el porcentaje de población controlada sea alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas), se podrán disminuir las tasas de morbimortalidad materna y perinatal.

Las barreras para el control prenatal efectivo son:

- A- Su costo, cuando no es gratuito para el usuario, a esto se le agrega gastos de transporte, pérdida de horas laborales, etc.
- B- La inadecuada capacidad del sistema de salud.
- C- Problemas en la organización, en la práctica y hasta en la atmósfera con que se brinda el control.
- D- Barreras de orden cultural.
- E- Inaccessibilidad geográfica.
- F- Descreimiento en las bondades del sistema de salud y en la necesidad del control.

Los objetivos específicos del control prenatal relacionados al problema en estudio:

- ◆ Obtener bases para planificar el control prenatal de la población.
- ◆ Definir la población afecta a ser normatizada.
- ◆ Conocer información relevante del embarazo.
- ◆ Fijar un cronograma que permita planificar las actividades del control.
- ◆ Evaluar el estado nutricional materno, y el incremento de peso durante la gestación.
- ◆ Prevenir el tétanos neonatal y puerperal.

- ◆ Pesquisar una posible incompatibilidad sanguínea materno-feto-neonatal.
- ◆ Detectar tabaquismo.
- ◆ Evaluar el estado clínico general, su adaptación al embarazo y la posible presencia de patología en curso.
- ◆ Detectar procesos sépticos dentales para su ulterior tratamiento.
- ◆ Confirmar el embarazo.
- ◆ Confirmar la existencia de vida fetal.
- ◆ Detectar precozmente patologías gineco-obstétricas.
- ◆ Detectar sífilis materna y prevenir sífilis congénita.
- ◆ Detectar y prevenir precozmente la anemia materna.
- ◆ Descartar proteinuria, glucosuria y cuerpos cetónicos en la orina.
- ◆ Identificar y tratar las infecciones del tracto urinario.
- ◆ Pesquisar: hipertensión previa al embarazo, síndrome de hipertensión inducida por el embarazo, hipotensión arterial.
- ◆ Detectar las alteraciones del crecimiento fetal.
- ◆ Detectar precozmente el embarazo múltiple para prevenir complicaciones.
- ◆ Identificar diabetes mellitus clínica y gestacional". (26).

"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" (27).

"Según un informe divulgado por el grupo "Save the children", cada año mueren en todo el mundo unas 600.000 mujeres, debido a las complicaciones durante el embarazo o el parto.

Cada año se podría prevenir la muerte de entre 1,5 y 2,5 millones de niños si las mujeres embarazadas recibieran el cuidado prenatal y parental adecuado, indicó dicho informe". (19).

"Los objetivos de la detección precoz del embarazo de alto riesgo, son el promover el cuidado prenatal más estricto, llevar a cabo la derivación a un nivel más complejo en el momento adecuado y usar los recursos disponibles en un sentido más racional.

La detección del embarazo de alto riesgo puede ser llevada a cabo en la primera visita (basada fundamentalmente en los antecedentes obstétricos, patológicos, personales y familiares de la paciente, así como en su nivel socio-cultural y económico), o en las consultas siguientes, en el caso de aparición de complicaciones del embarazo que revelen su riesgo.

A los efectos de un mejor manejo del alto riesgo, se determinan las variables de riesgo y se indica el manejo del mismo en tres grupos, basándose los dos primeros en los antecedentes y el tercero en las complicaciones de la gestación.

- Primer grupo: antecedentes maternos.
 - Muy bajo nivel socioeconómico o educacional.
 - Embarazo no deseado.
 - Madre soltera abandonada (padre desconocido, o que no vive con, ni ayuda a la embarazada).
 - Madre menor de 16 años.
 - Primigrávida mayor de 35 años.
 - Gestante añosa (mayor de 40 años).
 - Multiparidad (más de 4 partos previos).
 - Peso materno habitual menor de 45Kg, o mayor de 80Kg.
 - Altura menor de 1,50m.

- Consanguinidad entre los padres.
 - Corto periodo intergenésico (menos de un año entre parto anterior y comienzo del presente embarazo).
 - Antecedentes familiares maternos de diabetes.
 - Convivencia con tuberculoso contagioso.
 - Captación tardía: 1er control del presente embarazo, después de las 16 semanas de gestación.
 - Tabaquismo en actual embarazo: más de 3 cigarrillos/día.
 - Alcohólico en actual embarazo: más de ½ litro de vino, o 2 vasos (30ml por vaso) de bebidas destiladas (caña, grapa, aguardiente, etc.) por día.
 - Drogadicción, o ingestión habitual de medicamentos.
- Segundo grupo: antecedentes patológicos maternos.
- A) Gineco-obstétricos:
- Toda paciente RH negativa.
 - Antecedentes de esterilidad y/o infertilidad.
 - Muerte fetal o neonatal previa (una o más).
 - Enfermedades en RN anteriores.
 - Uno o más partos de pretérmino (menos de 37 semanas de gestación).
 - Dos o más abortos (inducidos o espontáneos).
 - Preeclampsia previa.
 - Historia sospechosa de la incompetencia cervical.
 - Una o más cesáreas anteriores.
 - Antecedentes de flebitis puerperal.
 - Cicatriz uterina en embarazo anterior.
 - Estrechez pélvica.
 - Feto anencéfalo o con espina bifida en embarazo anterior, así como malformaciones.
- B) Generales:
- Anemia grave (menos de 8 gr de hemoglobina por 100ml de sangre).
 - Hipertensión arterial.
 - Diabetes que requiere insulina.
 - Tuberculosis.
 - Sífilis.
 - Otros: asma, nefropatía, cardiopatía, epilepsia, etc.).
- Tercer grupo: complicaciones durante el embarazo.
- Amenaza de parto prematuro.
 - Infección urinaria.
 - Elevación de la presión arterial mayor que 130/80 mmhg.
 - Hipotensión arterial menor de 90/60 mmhg.
 - Aumento insuficiente de peso no controlado por régimen.
 - Disminución de peso materno.
 - Rh negativa sensibilizada.
 - Reacción serológica de sífilis positiva.
 - Rubéola en el 1er trimestre del embarazo.
 - Altura uterina en desacuerdo con la amenorrea.

- Presentación podálica después de las 36 semanas de gestación.
- Situación transversa después de las 36 semanas de gestación.
- Polihidramnios, oligoamnios.
- Crecimiento fetal insuficiente.
- Crecimiento fetal excesivo.
- Embarazo múltiple (gemelares, etc.).
- Fiebre.
- Genitorragia.
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Placenta previa.
- Infección genital (incluye herpes).
- Ausencia de movimientos fetales después de las 22 semanas de amenorrea.
- Ausencia de latidos fetales después de las 26 semanas de amenorrea.
- Diabetes aparecida en el embarazo.
- Disminución de movimientos fetales, percibidos por la madre, durante más de 3 días, después de las 36 semanas de gestación." (27).

"Muchos autores coinciden en que el costo de una asistencia prenatal correcta es moderado en comparación con el gasto que representa el tratamiento de las complicaciones serias, pero muchas veces previsibles, de la madre, del recién nacido, o de ambos.

En general, para realizar un control prenatal efectivo de por sí ambulatorio, no se precisa de instalaciones costosas, aparatos complicados, ni de laboratorios sofisticados; pero si se requiere de un equipo multidisciplinario y capacitado en éste nivel de atención, el uso sistematizado de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente y del empleo criterioso de tecnologías sensibles que enuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor del esperado". (5, 30).

Dentro del equipo multidisciplinario, cabe mencionar la importancia del rol de la Licenciada en Enfermería desempeñando las funciones de asistencia, docencia e investigación a través del proceso administrativo. Mediante la consulta de enfermería y la visita domiciliaria la Licenciada en Enfermería aclara dudas de la gestante y familia, despeja miedos y tabúes, logra mayor acercamiento y confianza hacia el sistema de salud, una actitud más positiva hacia la maternidad, mejor disposición para el control y desarrollo del niño, el mejoramiento de los hábitos de vida familiares, fomentar una actitud hacia la lactancia, etc.

"Es la encargada de brindar cuidados para la salud de calidad profesional, que tiene en cuenta las necesidades físicas y psicosociales de la mujer que va a dar a luz, de la familia y de los hijos recién nacidos. El objetivo clínico incluye el cuidado de la unidad reproductiva: madre – padre – hijo. La Enfermera profesional atiende, educa y orienta a grupos de todas las edades, desde el periodo fetal, la niñez, la adolescencia y la etapa adulta, ya que la unidad reproductiva comprende todas éstas etapas del ciclo vital". (23).

Es relevante la presencia de Enfermería profesional en la atención primaria, con un fuerte componente de promoción, prevención y capacitación, desarrollando actividades dirigidas a mejorar la calidad de atención perinatal en el nivel adecuado. De ésta manera trabajando junto al equipo multidisciplinario se lograría disminuir las cifras estadísticas.

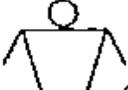
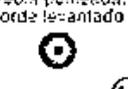
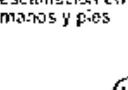
"La mortalidad infantil es habitualmente un indicador de salud de la población y de la eficacia de los servicios de salud". (10). "Numerosos autores coinciden en que el control del embarazo es una de las prioridades para descender la mortalidad infantil".(16, 17, 21).

Hasta el año 1997 en nuestro país se ha logrado un descenso progresivo de la tasa de mortalidad infantil (16,6 p.mil) fundamentalmente debido a las acciones realizadas en el desarrollo de actividades de la atención primaria de la salud. (18).

En el Uruguay de acuerdo a datos obtenidos del Sistema Informático Perinatal (SIP), en el año 1998, la población asistida por el sistema público, presenta un control del embarazo posterior a las 20 semanas de gestación en un 37,9% y una incidencia de recién nacidos pretérminos igual a 11,9%, del total de recién nacidos. En el sistema privado el embarazo es controlado antes de las 20 semanas de gestación en un 70,3% y tienen una incidencia de pretérminos correspondiente al 7,4%, del total de recién nacidos. (6).

"La edad gestacional se determina a partir del primer día de la última menstruación, cuando ésta es segura y por el examen clínico del recién nacido, en nuestro medio es el Método Capurro." (26).

Cuadro N° 1:

<p>Forma de la oreja</p>	<p>Chata-deforme Pabellón no incurvado</p>  <p>0</p>	<p>Pabellón parcialmente incurvado en el borde superior</p>  <p>8</p>	<p>Pabellón incurvado en todo el borde superior</p>  <p>16</p>	<p>Pabellón totalmente incurvado</p>  <p>24</p>	<p>La edad gestacional se calcula sumando todos los porcentajes parciales = 264</p>
<p>Tamaño de la glándula mamaria</p>	<p>No palpable</p>  <p>0</p>	<p>Palpable: menor de 5 mm</p>  <p>5</p>	<p>Palpable: entre 5 y 10 mm</p>  <p>10</p>	<p>Palpable: mayor de 10 mm</p>  <p>15</p>	<p>Tiene un error de estimación de ± 18 días (95% de confianza)</p>
<p>Formación del pezón</p>	<p>Apenas visible sin areola</p>  <p>0</p>	<p>Diámetro menor de 7,5 mm. Areola lisa y chata</p>  <p>5</p>	<p>Diámetro mayor de 7,5 mm. Areola puntada. Borde no levantado</p>  <p>10</p>	<p>Diámetro mayor de 7,5 mm. Areola puntada. Borde levantado</p>  <p>15</p>	
<p>Textura de la piel</p>	<p>Muy fina. Gelatinosa</p>  <p>0</p>	<p>Fina. Lisa</p>  <p>5</p>	<p>Más gruesa. Descamación superficial discreta</p>  <p>10</p>	<p>Gruosa. Grietas superficiales. Descamación en manos y pies</p>  <p>15</p>	<p>Gruosa. Grietas profundas apergamizadas</p>  <p>20</p>
<p>Piegos plantares Surcos Líneas bien definidas Líneas mal definidas</p>	<p>Sin pliegues</p>  <p>0</p>	<p>Marcas mal definidas en la mitad ant.</p>  <p>5</p>	<p>Marcas bien definidas en la mitad ant. Surcos en la mitad ant.</p>  <p>10</p>	<p>Surcos en la mitad anterior</p>  <p>15</p>	<p>Surcos en más de la mitad anterior</p>  <p>20</p>

Examinar a un recién nacido exige algo más que destreza manual; también necesitará paciencia y flexibilidad. La valoración de un recién nacido se realiza de manera sistemática con el propósito de identificar en el neonato lo normal y lo alterado, necesidades reales y potenciales, riesgo de alteraciones potenciales, determinación de acciones de enfermería, evaluación de la respuesta a la terapia médica y de enfermería y a la vida extrauterina.

Para comenzar el examen, observe al recién nacido. Fijese en su postura, color, expresión facial, patrón respiratorio, profundidad del sueño y actividad espontánea.

- **Proporciones corporales:** El perímetro craneal en el recién nacido es por término medio de 33,8 cm. El perímetro torácico, acostumbra a ser 2,5 cm menor que el de la cabeza. La longitud normal de un recién nacido varía de 45 a 52,5 cm.
- **Respuestas y reflejos senso-motores:** Las funciones neurológicas claves que se valorarán son su nivel de actividad, respuesta a los estímulos, alerta espontánea, fuerza y carácter del llanto, uso comparativo de todas las extremidades, fuerza de succión y grado del tono muscular postural. Los reflejos a examinar son: Búsqueda, succión, ciliar, signo de ojos en sol poniente, oculocefalógiro, moro, tónico del cuello, prensión palmar, tendinoso profundo, de la marcha, Babinski (plantar), parpadeo, bostezo, estomudo o hipo.
- **Sensación táctil y temperatura corporal:** En el recién nacido las sensaciones de tacto, presión, temperatura y dolor están presentes desde el momento del nacimiento o poco después. Los labios son hipersensibles, mientras que la piel del tronco, muslo y antebrazos son hiposensibles. En un entorno agradable su temperatura suele estabilizarse entre 36,1 y 37,2 °C.
- **Cabeza y cara:** La fontanela anterior tiene forma romboide y está situada entre los huesos frontal y parietales. El orificio debe ser del tamaño de la yema de su dedo meñique. La fontanela posterior, triangular y situada entre los huesos parietales y occipitales, puede estar casi cerrada al momento de nacer. A la palpación deben aparecer blandas, pero sin protrusiones ni depresiones. Si el recién nacido tiene menos de 24 horas, puede presentar caput succedaneum (edema localizado, congestión y petequias en el cuero cabelludo, cruzando las líneas de suturas). La cara del recién nacido es pequeña y redonda, con la mandíbula algo hundida. La cara ha de ser simétrica (con los ojos iguales); ambos lados de la boca deben ser simétricos cuando el niño succiona o llora, y ambos lados de la cara han de ser móviles. Se prestará atención a la expresión facial del recién nacido, que puede indicar estrés o satisfacción. El recién nacido prácticamente no tiene cejas, pero puede tener pestañas muy largas. Los ojos de los niños blancos acostumbran a ser azules o grises, mientras que los de otras razas son más oscuros. Todos los niños nacen sin reflejo de parpadeo. Las pupilas han de reaccionar a la luz por igual. Probablemente el recién nacido posee visión binocular y en color. Su visión tiene agudeza máxima a una distancia de 20 cm del objeto.
- **Nariz y boca:** Nariz achatada y blanda, secreción acuosa y sin presencia de aleteo nasal. El olfato está muy desarrollado. Los labios del recién nacido, de color rosáceo, suelen estar secos. Sus encías deben tener un color rosa saludable, y han de verse las yemas de los dientes. El sentido del gusto del recién nacido está mucho más desarrollado que el de la vista o el oído.
- **El llanto:** Llorará de forma espontánea durante el examen, fijese en la naturaleza, tono, intensidad, frecuencia y esfuerzo del llanto. El llanto ha de ser de tono normal. Su intensidad variará con la respiración del bebe.
- **Oídos y cuello:** En un recién nacido a término, la formación del cartilago da soporte y consistencia a la oreja. Su línea superior del pabellón tiene que estar con la línea de los ojos. El cuello es corto y débil, con pliegues cutáneos húmedos y profundos en los que fácilmente pueden formarse pústulas. Cuando gire la cabeza de un bebe, su barbilla ha de detenerse sobre la mitad de los hombros.

- La piel: Al nacer, la piel del bebé es de color rojo púrpura y cianótica, pero a las pocas horas sólo persisten cianóticas las palmas de las manos y las plantas de los pies. Normalmente, la pigmentación varía según la raza. El recién nacido normal tiene numerosas marcas cutáneas únicas, como por ejemplo: milium, lanugo, eritema tóxico, pefequias, telangiectasia superficial. La vernix es una sustancia protectora, de color blanco y aspecto mantecoso, que recubre la piel al nacer. Aunque finalmente acaba por absorberse, puede apreciarse en los pliegues cutáneos varios días después del nacimiento.
- Espalda y extremidades: Los recién nacidos tienen las piernas arqueadas, los pies planos y las extremidades frías. Los pliegues deben estar a la misma altura.
- Tórax y sistema respiratorio: El tórax del recién nacido es cilíndrico, con diámetros antero posterior y lateral iguales. Las costillas han de ser flexibles. La frecuencia respiratoria normal es entre 25 y 40 respiraciones por minuto, superficiales y abdominales y con un ritmo ligeramente irregular.
- Circulación: La frecuencia cardíaca del recién nacido varía con el llanto, la actividad, el sueño y la alimentación, pero la frecuencia normal se sitúa alrededor de 120 – 160 latidos por minuto. Posee una presión arterial igual a 50 – 70 mmHg de sistólica y 25 – 40 mmHg de diastólica.
- Abdomen: Normalmente es cilíndrico y ligeramente protuberante. El cordón umbilical presenta una vena central más gruesa y dos arterias más finas. El estómago tiene una capacidad de 30 – 40 ml, presenta una mucosa delicada y musculatura poco desarrollada. Presenta secreción salival escasa. El intestino presenta un tamaño de 3 metros, poco desarrollo de la inervación de la pared intestinal. Las deposiciones pueden ser de tipo meconio, de transición o amarillo oro; con una frecuencia intestinal igual a 2 o 3 veces al día.
- Genitales: El recién nacido ha de orinar en las primeras 24 horas de vida. La orina no es concentrada, opaca ni hemática. Posee un color amarillo, es inodora, el número de micciones diarias es de aproximadamente 15 – 20, y posee una diuresis de 1 – 3 ml/Kg/h. En la recién nacida femenina se pueden presentar secreciones blancas o sanguinolentas, que son normales. En el recién nacido masculino los testículos deberán de estar en las bolsas, los cuales bajan a las 30 semanas de gestación*. (26, 28).

*Los recién nacidos de pretérmino, son aquellos que nacen antes de la semana 38 de gestación, sin importar su peso.

Se identifican diversos factores que se asocian con el trabajo de parto de pretérmino:

- Antecedentes Maternos:
 - ❖ Enfermedades crónicas:
 - diabetes
 - enfermedades renales
 - enfermedades cardiovasculares
 - enfermedades respiratorias
 - ❖ Exposición in útero al dietil estilbestrol (DES).
 - ❖ Anomalías del aparato reproductivo.
 - ❖ Falta de peso (antes del embarazo).
 - ❖ Tabaquismo.
 - ❖ Edades extremas (menor de 18, y mayor de 35 años).
 - ❖ Trabajo de parto pretérmino previo.
- Embarazo actual:
 - ❖ Aumento inadecuado de peso.

- ❖ Enfermedad materna aguda:
 - hipertensión inducida por el embarazo
 - infecciones del sistema urinario
 - corioamnionitis, infección vaginal
 - ❖ Hemorragia antes del parto.
 - ❖ Isoinmunización.
 - ❖ Rotura prematura de membranas.
 - ❖ Gestación múltiple.
 - ❖ Polihidramnios.
 - ❖ Retención de dispositivos intrauterino.
- Factores fetales:
- ❖ Anomalías fetales.
 - ❖ Muerte fetal intrauterina.
 - ❖ Infección." (23)

"Los problemas del RN pretérmino más frecuentes son:

- Hipotermia.
- SDR.
- Hipoglicemia.
- Infección.
- Hiperbilirubinemia.
- Apnea.
- Anemia.
- Hipotensión, oliguria." (26).

"Los RN de posttérmino son aquellos que nacen con una edad gestacional mayor de 42 semanas de gestación". (23)

"Los problemas del RN de posttérmino más frecuentes son:

- Hipoglicemia.
- Asfixia neonatal.
- SDR:
 - a) Neumonía por aspiración.
 - b) Hipertensión arterial.
 - c) Neumotórax." (26)

En un estudio realizado en el año 1984 en el Servicio de recién nacidos del Hospital Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay; se analizaron las características del control del embarazo y su relación con distintos aspectos de morbilidad neonatal, destacándose de éste trabajo el muy bajo nivel socio económico y cultural de las madres, lo que fue considerado en primer lugar como causa determinante de embarazo de riesgo. Se observó un alto porcentaje de embarazos no controlados (34%), o de embarazo de captación tardía en aquellos que se controlaron, destacándose una mayor morbilidad neonatal en el grupo de embarazos mal controlados o no controlados, con un porcentaje de madres adolescentes de un 23%.

Pasados 10 años de éste estudio se realizó un nuevo trabajo, con iguales objetivos que el anterior y en el mismo Servicio, obteniéndose los siguientes resultados: un gran porcentaje de madres adolescentes

son primigestas, que controlan en forma tardía su embarazo; con un porcentaje de 30% de embarazos no controlados. El porcentaje de pretérminos fue más elevado en las madres adolescentes que en la población de madres adultas, con resultados estadísticamente significativos.

La morbilidad así como la mortalidad precoz fue elevada en las madres más jóvenes. (12).

En otro estudio consultado, analiza diferentes factores de riesgo perinatales relacionado al control prenatal y nivel educacional de la población, que asistió a la Cooperativa Médica de Canelones (COMECA), en el período comprendido entre el 1° de enero de 1992 y el 31 de diciembre de 1994. Los resultados fueron:

- Un 6,9% de usuarias menores de 19 años; cifra baja si la comparamos con la población hospitalaria donde sabemos que las adolescentes constituyen hoy, aproximadamente un 20% de las madres.
- Un 86,2% de embarazadas bien controladas (mayor de 4 controles); si lo comparamos con los datos que nos brinda el S.I.P. para 1993, el resultado es francamente superior a las cifras de Uruguay en general (75%), pero más bajo que los valores de las mutualistas del interior (96%).
- Se puede distinguir una tendencia a un menor control del embarazo en adolescentes (80,8%), que en madres adultas (86,5%).
- Un 9,8% fueron recién nacidos pretérminos. (11).

OBJETIVO GENERAL:

- Describir la relación del control prenatal en la edad gestacional del recién nacido.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer el número de embarazadas que se realizaron el control prenatal precoz.
- Conocer el número de embarazadas que se realizaron el control prenatal tardío.
- Identificar la edad gestacional de los recién nacidos, de las madres, que se realizaron el control prenatal precoz y tardío.

VARIABLES:

❖ CONTROL PRENATAL:

- DEFINICION CONCEPTUAL: Es la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada, con integrantes del equipo de salud, siendo este período con un mínimo de 5 controles. (26)

Precoz: es la visita que se realiza dentro del primer trimestre de la gestación (12 semanas). (20).

Tardío: es la visita que se realiza posterior a las 12 semanas de gestación. (20).

- DEFINICION OPERATIVA: semanas que transcurren desde la fecha de la última menstruación, hasta la fecha del primer control prenatal.
- CATEGORIZACION:
 - Precoz.
 - Tardío.

➤ EDAD GESTACIONAL:

- DEFINICION CONCEPTUAL: se determina a partir del primer día de la última menstruación, cuando ésta es segura, hasta el nacimiento, y por el examen clínico del recién nacido; en nuestro medio es el Método Capurro. (26).
- DEFINICION OPERATIVA: semanas de gestación al nacimiento.
- CATEGORIZACION: (23).
 - menor de 38 semanas, (pretérmino).
 - de 38 a 42 semanas, (término).
 - mayor de 42 semanas, (posttérmino).

➤ EDAD DE LA MADRE:

- DEFINICION CONCEPTUAL: período en años que transcurre desde el nacimiento hasta la fecha actual.
- CATEGORIZACION: (23).
 - menor de 18 años
 - entre 18 y 35 años
 - mayor de 35 años

SUJETO DE ESTUDIO:

Binomio madre-hijo, constituido por mujeres primigestas, sin patologías previas al embarazo, con control prenatal, que cursan el puerperio inmediato y sus recién nacidos.

DISEÑO:

Se realizará un estudio descriptivo transversal de todas las mujeres primigestas, sin patología previa al embarazo y sus recién nacidos, hospitalizadas en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, durante el periodo comprendido entre el 1º y el 31 de mayo del 2000; excluyendo aquellas mujeres que no se realizaron control prenatal.

RECOGIDA DE DATOS:

- INSTRUMENTO: Se elaboró una planilla.
- FUENTES: historia clínica y carnet perinatal, de mujeres primigestas, sin patologías previas al embarazo, que cursan el puerperio inmediato, en el Hospital Pereira Rossell, en el periodo comprendido entre el 1º al 31 de mayo de 2000.
- METODO: La recolección de datos será realizada en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Servicio de Ginecología, salas de puerperio, en el periodo comprendido entre el 1º y el 31 de mayo del 2000; por 6 estudiantes del Instituto Nacional de Enfermería, distribuyéndose los 31 días de la siguiente manera: seis días para un estudiante y cinco para cada uno del resto de ellos.

Dianamente se realizará una revisión de las historias clínicas y carnet perinatales, de todas las púerperas que ingresen al servicio entre las 0 y 24 horas del día anterior. Se registrarán en la planilla elaborada, los datos de las mujeres primigestas, sin patología previa al embarazo, con control prenatal y la edad gestacional de sus recién nacidos.

También se llevará un registro de la cantidad de partos que hubo en ese periodo en dicho hospital.

ANALISIS:

Los datos se agruparán en tablas de frecuencia absoluta, relativa y relativa porcentual; y se representarán mediante gráficas circulares e histogramas.

LIMITACIONES DEL PROYECTO:

- Ausencia de información de los sujetos en estudio.
- Falta de consentimiento de los sujetos en estudio.
- Inadecuada calidad de los registros.

PLAN DE TRABAJO:

- PERSONAL: 6 internos de Licenciatura en Enfermería.
1 tutora Licenciada en Enfermería.
- Recopilación del material: 28hs/semana/persona: 3 semanas.
- Elaboración del proyecto: 28hs/sem/persona: 3 semanas.
- Recolección de datos: 12hs/sem/persona: 1 mes.
- Tabulación y análisis: 30hs/sem/persona: 2 semanas.
- Preparación del informe final: 28hs/sem/persona: 2semanas.

□ **MATERIALES:**

- Computadora, impresora, scanners
- Hojas: 600.
- Lapiceras:12
- Lápices:6
- Gomas:6
- Fotocopias:350
- Material bibliográfico.

□ **RECURSOS FINANCIEROS:**

La financiación del proyecto estará a cargo de los ejecutores.

□ **PRESUPUESTO:**

- Hojas: \$300
- Lapiceras: \$36
- Lápices: \$12
- Gomas: \$6
- Fotocopias: \$350
- Encuademación: \$120
- Copias de tesis: \$900
- Cartuchos para impresora: \$600
- Boleto (1080): \$10000
- Otros: \$1200
- Gastos inesperados: \$600
- Sumarian un total de aproximadamente: \$13024.

□ CRONOGRAMA DE GANTT:

	MARZO			ABRIL			MAYO			SEPTIEMBRE						
	20 - 26	27 - 02	03 - 09	10 - 16	16 - 23	24 - 30	01 - 07	08 - 14	15 - 21	22 - 28	29 - 31	28 - 03	04 - 10	11 - 17	17 - 24	25 - 30
Recopilación de material	—————→															
Elaboración del proyecto			—————→													
Recolección de datos						—————→					—————→					
Tabulación y análisis												—————→		—————→		
Preparación del informe final														—————→		

