FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS y NATURALES

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PAMPA

TESIS

PRESENTADA PARA OBTENER

EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADO EN ENFERMERIA

¿HAY BARRERAS EN LOS CONTROLES PERINATALES?

MARIA HORTENSIA MARIN

SANTA ROSA (LA PAMPA) ARGENTINA

2013

Prefacio

Esta tesina es presentada como parte de los requisitos para optar al grado Académico de Licenciado en Enfermería, de la Universidad Nacional de la Pampa y no ha sido presentada previamente para la obtención de otro título en esta Universidad ni en otra institución Académica. Esta investigación se llevo a cabo en la localidad de Macachín, dependiente del departamento de Atreuco La Pampa, durante el periodo comprendido entre 17 de junio 2011 y 9 de febrero de 2012, bajo la Dirección de la Licenciada en Química Chasvin Orradre, María Nilda y la Coodirección de Pérez, Eduardo Rubén Medico con especialidad en Tocoginecología.

Profundamente gracias por creer en mí y acompañarme en este proyecto.

Gracias a cada una de las personas que generosamente fueron participes de esta investigación y que me prestaron su tiempo para entrevistarlos.

Gracias a mis compañeros de trabajo que generosamente pusieron a mi alcance cada una de los materiales necesarios, para que esto se realice de una manera más eficaz.

Gracias al Sr. Director Dr. Daniel Cochis, por permitir el espacio físico del nosocomio para poder concretar mí investigación.

Gracias a todos mis amigos que me dieron apoyo y fuerzas para concretar este proyecto.

También muchas gracias, muchas gracias a mi marido e hijos que estuvieron en cada una de mis etapas esperando y apoyando todos mis objetivos desde mi primer día en la facultad, por ello y mucho más, mil gracias.

A mis padres, suegros, hermanos, cuñados y amigos que me transmitieron toda su energía para llegar.

María Hortensia Marin 1ero de marzo del 2013

"HOSPITAL Dr: HERACLIO LUNA"

"FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS Y NATURALES"

"UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PAMPA"

Resumen

El presente trabajo contiene los resultados de un estudio realizado con metodología retrospectiva, descriptiva, de corte transversal y escala cuantitativa, con el objetivo de conocer la población de multigestas y primigestas que realizaron sus controles perinatales en el Hospital Dr: Heraclio Luna, Macachín, La Pampa, entre febrero 2010 y abril 2011.

El control perinatal precoz, completo, periódico y de alta cobertura es esencial para disminuir la morbimortalidad materna y neonatal.

Las herramientas empleadas para la recolección de la información fueron: Encuestas, Historias Clínicas Perinatales Base y Libretas Sanitaria Materno Infantil. De ellas se selecciono información y se ubico en tablas, de forma tal que, se contemplaran los aspectos sobre los Controles Perinatales.

Los datos se procesaron a través de proporciones.

Resultados: se incluyeron 39 embarazadas, 12 primigestas y 27 multigestas. El 44 % realizó una primera consulta precoz, el 22 % por falta de turno, el 76% desconocía las normas de atención perinatal.

Conclusiones: se advierten barreras en el sistema de salud que disminuyen las oportunidades para que la embarazada realice una consulta precoz y con ello se anula una de las acciones más económicas que contribuyen a la disminución de la morbimortalidad materna y neonatal.

Palabras claves: Control Perinatal, Consulta precoz, Barreras, Mortalidad Materna y Neonatal.

Summary

This work there is the results of a study with methodology, retroperspectiva, descriptive, cross-sectional and quantitative scale.

Whit the objective knows the population of multiparous and primiparous control who performed their Hospital Dr: Heraclius Moon, Macachin, The Pampa, between Februarys 2010 and April 2011.

The controls precocious perinatal, complete, periodic, and of high coverage is essential to reduce maternal morbiaity and neonatal.

The tools used to collect information: surveys, perinatal medical record based and maternal and child bealth booklets-of them was selected and placed information in tables, in such a way that address aspects of perinatal controls.

The data were processed through proportions results: incluyed 39 pregnat women, 12 primigravid, 27 multigravid, the 44 % made a first consultation precocious, the 22 % for non-shift, the 76 % were unaware of perinatal care standards.

Conclusions: barriers are noticed in the health system that the opportunities to make a pregnant woman precocious consultation and this disables one of the most economical that contribute to decreased maternal and neonatal morbiaity

Keywords: Control Perinatal, precocious consultation, barriers, maternal ty and neonatal.

Indice Página

Capítulo I: Introducción……1

1.1 Introducción…….....2
1.1.1 Objetivo…….....3
1.1.2 Objetivos Generales…….....3
1.1.3 Objetivos Específicos……3

Capítulo II: Antecedentes de la Temática……..4

2.1 Antecedentes de la Materia…….....5

2.1.1 Historia Clinica Perinatal Base…….5

2.1.2 Sistema Informático Perinatal……..6

2.1.3 Centro Latinoamericana de Peritonatologia…….....6-8

2.1.4 Trabajo de Investigación…….8-10

Capítulo III: Marco Teórico……11

3.1 Marco Teórico……...12

3.1.1. Embarazadas …….12

3.1.2. Control Perinatal……12

3.1.3. Factor de Riesgo……...12-15

3.2. Condición Materna……...15

3.2.1. Educación Materna……16

3.2.2. Nutrición Materna……..17

3.2.3. Derechos Legales……...17

3.2.4. Orientación Sexual……18

3.2.5. Planificación Familiar……18

3.2.6. Preparación para el Parto……...18

3.2.7. Exámenes de Laboratorio…….18-20

3.2.8. Frecuencia del Control Perinatal……..20-21

3.3. Problema Científico…….21-22

3.4. Hipótesis……...22

Capítulo IV: Aspecto Metodológico……23

4.1. Aspectos Metodológicos…….24-25

4.2. Resultados……...25-26

4.3. Tablas y Gráficos……27-38

Capitulo V:....……..39

5.1. Discusión…….40-41

5.2. Conclusiones……...42-43

Capítulo VI: Bibliografía…….44

6.1. Referencias Bibliográficas……..45-46

Capítulo VII: Anexo……47

7.1. Libreta Sanitaria Materno Infantil……...48-51

6.2. Organización Panamericana de la Salud (OPS)……..51-54

6.3. Hoja de la Encuesta……..55

6.4. Hoja de la Historia Clínica Perinatal Base……...56

Capítulo I

Introducción

1.1 Introducción

La mayoría de los países de América Latina y el Caribe tienen normas que protegen ampliamente la maternidad, la Argentina no es una excepción.

De acuerdo con los resultados de un análisis, los expertos concluyeron que las mejoras en la calidad del Control Perinatal reducirían en un **80%** las muertes evitables y un **15 %** morbilidad perinatal en embarazadas que no cuentan con adecuados servicios de salud[1, 2]**.**

La persistencia de tasas elevadas de morbimortalidad materna e infantil producida por causas prevenibles, señalan que es preciso mejorar la calidad de atención en los servicios y profundizar las acciones de promoción y prevención de la misma.

El problema de la mortalidad materna está asociado a los determinantes sociales de la salud y a inequidades. En la conferencia inaugural del X Congreso Mundial de la Sociedad Internacional de Ginecología y Obstetricia psicosomática (ISPOG), el Dr. Mahamoud Fathalla se afirmo "las mujeres mueren dando a luz porque las sociedades no consideran que sus vidas valen el costo necesario para salvarlas. La esclavitud de la mujer hacia su rol reproductivo y domestico es responsable por la forma en que la sociedad minimizaba su valor (Fathalla, 1992) la reflexión del Dr. Fathalla inspira las bases de este capítulo que identifica las muerte maternas como una violación de los derechos humanos de la mujeres y expresión inequívoca de las desventajas, económicas, sociales y culturales que padecen en nuestra sociedad[3].

Al analizar con mayor precisión lo que hay detrás de las muertes maternas se evidencia toda clase de privaciones que afectan la dignidad humana por eso se realizan diferentes actividades, según el diagnostico epidemiológico, donde el diseño es un conjunto de actividades con cada jurisdicción del Estado. Estas actividades son:

1. Fortalecimiento de la gestión en el área materno infantil.

2. Asistencia técnica y apoyo a los equipos de salud para la transformación del modelo de atención en los servicios materno infantil y la organización de redes de atención.

3. Capacitación a los equipos de salud.

4. Elaboración de Materiales Normativos y Guías sobre temáticas específicas destinadas al equipo de Salud y a la familias

5. Transferencia de insumos y medicamentos esenciales para atención de la madre y el niño.

6. Evaluación y asistencia técnica para colaborar en el desarrollo adecuado de Servicios sobre la base de la aplicación de Normas de organización y funcionamiento

7. Vigilancia y control de la morbimortalidad materno infantil integrando la Comisión Nacional de dicho tema que asesora y coordina a las Comisiones Provinciales

1.2 Objetivos

1.2 .1, Objetivos generales

Determinar los factores por los cuales las embarazadas no concurren de manera precoz al Control Perinatal.

1.2.2. Objetivos específicos

- Caracterizar a cada grupo (de primigestas y de multigestas) de acuerdo a edad, distancia al centro de salud más próximo, nivel de instrucción, ocupación y estado civil etc.

- Identificar la población que consulta por primera vez en el primer trimestre del embarazo.

- Identificar el número de hijos en multigestas.

Capítulo II

Antecedentes

2. 1 Antecedentes de la temática

Dentro del Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Nación, se realiza el seguimiento de los embarazos y partos del país a través del SIP-CLAP (Sistema Informático Perinatal-Centro Latinoamericano de atención Perinatal) OPS/OMS. La información se recolecta en la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB).

Los objetivos del programa son:

- Normatizar y unificar la recolección de datos
- Facilitar la comunicación de los hospitales con los efectores del primer nivel
- Favorecer el cumplimiento de las normas
- Permitir el procesamiento de datos localmente
- Formar un banco de datos perinatales
- Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica perinatal
- Servir de base para planificar la atención perinatal
- Identificar y caracterizar a la población asistida
- Evaluar la asistencia desde los servicios de salud
- Identificar y priorizar los problemas de salud en el campo perinatal
- Realizar investigaciones desde los servicios de salud
- Comparar resultados entre instituciones, regiones, provincias y países
- Facilitar la auditoria de casos.

2.1.1. **Historia Clínica Perinatal (HCPB)** se aprobó en la resolución N° 1679/2007con el fin de tener una guía de diagnostico, tratamiento y procedimiento de patologías y normas de organización y funcionamiento de los servicios de Salud. Se trata de un formulario único, de uso sencillo y bajo costo, que reúne en una sola hoja una serie de preguntas que representan una guía sistematizada para la obtención de información vinculada con la atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, datos fáciles de obtener y que resumen la "Información Mínima Indispensable". La HCP cuenta con casilleros de color amarillo que indican que algunas de las características pueden estar asociadas con mayor riesgo perinatal.

Con esta modalidad se pretende alertar al equipo de salud para facilitar la toma de decisiones como: citación de la embarazada con mayor frecuencia que la habitual, interconsultas a Consultorios de Embarazadas de Alto Riesgo, solicitud de estudios complementarios, internación. Los Consultorios de embarazo de Alto Riesgo que funcionan en Centros de atención de partos Nivel lll. (Ver copia en Anexo) [6]

2.1.2.**Sistema Informático Perinatal (SIP)** está constituido por programas de computación desarrollados para el volcado y aprovechamiento de los datos contenidos en la HCPB diseñados especialmente para los servicios, donde el equipo de salud puede ingresarlos en computadoras, sin mayores conocimientos de informática. Además, estos programas procesan la información a través de la elección de distintas salidas que permiten el análisis de la realidad de la propia institución. La Estadística Básica, el uso de la Selección de Historias y la Descripción de Variables, el cálculo del riesgo relativo, la Frecuencia de Patologías Maternas y Neonatales y las salidas correspondientes a datos de mortalidad neonatal y prácticas de lactancia materna, son las diferentes alternativas de procesamiento de la información para el análisis de los resultados de la atención perinatal de los diferentes servicios.

El archivo de historias queda en la propia institución en medio magnética (disco o disquetes), así como los formularios originales, pudiendo integrarse a bancos de datos regionales, provinciales, nacionales e internacionales, conformando redes de información perinatal. Los centros o nodos de estas redes pueden realizar periódicamente diagnósticos de situación de gran valor epidemiológico para la elaboración de tendencias.[6]

De esta manera el equipo de salud cuenta con información propia a tiempo real de acuerdo a sus necesidades tendientes a facilitar la evaluación de la asistencia y la toma de decisiones para su adecuación permanente y desarrollar estrategias tendientes a mejorar la atención perinatal dentro y fuera del ámbito hospitalario.

2.1.3. **Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP)** fue creado por un grupo de profesionales comprometidos con la salud de las madres y sus recién nacidos, liderados por el Prof. Dr. Roberto Caldeyro Barcia, en el año 1970.
La propuesta técnica de CLAP/SMR se centra en el fortalecimiento de los servicios en el marco de la Estrategia de la Atención Primaria, con estrategias que atiendan

integralmente las necesidades básicas durante todo el continuo del ciclo vital. Sus objetivos son Promover, fortalecer y/o incrementar las capacidades de los países de la Región de las Américas en el cuidado de la salud de la familia, la mujer, la madre y el recién nacido con el involucramiento del hombre, desde una perspectiva de eficiencia y equidad, mediante la identificación y aplicación de soluciones sostenibles, como parte de una red de cooperación, con capacidad de replicación, identificando, utilizando y movilizando recursos propios y/o de otras instituciones que garanticen la mejor respuesta para cada situación específica.

Los Hitos Relevantes en Salud Sexual y Reproductiva llevados adelante por la OPS/OMS son:

- Estrategia para el futuro de los Centros Panamericanos: resolución CD46.R. 46 Reunión del Consejo Directivo de la OPS/OMS, 26-30 de set. de 2005, Washington, Estados Unidos
- La Iniciativa por una Maternidad Sin Riesgo. Conferencia Sobre Maternidad sin Riesgo, Nairobi, Kenya, 1987;
- Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo, 1994, Cairo, Egipto;
- Población y Salud Reproductiva: CPS25/15. 25 Conferencia Sanitaria Panamericana, 21-25 set. 1998, Washington, Estados Unidos;
- 4 Conferencia Mundial sobre la Mujer, del 4 al 15 de septiembre de 1995, Beijing, China;
- Eliminación Sífilis Congénita en las Américas: CD38-14. 38 Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, Set 1995, Washington, Estados Unidos;
- Recomendación sobre la protección de la maternidad, 2000. 88 La Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, 30 de mayo de 2000, Ginebra, Suiza;
- Las Metas de Desarrollo del Milenio (ODM) 2000;
- Estrategia Regional para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: CPS26/14. 26 Conferencia Sanitaria Panamericana, 23-27 de set. 2002, Washington, Estados Unidos;

- Iniciativa “Reducir los Riesgos del Embarazo”. Trabajo con Individuos, Familias y Comunidades para Mejorar la Salud de la Madre y el Recién Nacido. 2002;
- Salud reproductiva: proyecto de estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo: WHA57/12. 57 Asamblea Mundial de la Salud, mayo 2004, Ginebra, Suiza;
- Plan estratégico regional de la Organización Panamericana de la Salud para el control de la infección por el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual (2006-2015);
- Plan estratégico regional de la Organización Panamericana de la Salud para el control de la infección por el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual (2006-2015). CD46/R15. 46 Reunión del Consejo Directivo de la OPS/OMS, set. 2005, Washington, Estados Unidos;
- Estrategia Mundial de Prevención y Control de las infecciones de transmisión Sexual 2006-2015: romper la cadena de transmisión. Ginebra: OMS; 2007;
- Estrategia y Plan de Acción Regionales sobre la Salud del Recién Nacido en el Contexto del Proceso continuo de la Atención de la Madre, del Recién Nacido y del Niño. CD48/7. 48 Reunión del Consejo Directivo de la OPS, 29 de set.-3 de oct. 2008, Washington, Estados Unidos;
- Estrategia Regional para Mejorar la salud de adolescentes y jóvenes: CD48/8. 48 Reunión del Consejo Directivo de la OPS, 29 de Set.- 3 de oct. De 2008, Washington Estados Unidos;
- Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza: CD49/9. 49 Reunión del Comité Directivo de la OPS/OMS, set de 2009, Washington, Estados Unidos;
- Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes. CD49/12. 49 Reunión del Comité Directivo de la OPS/OMS, set de 2009, Washington, Estados Unidos;

2.1.4. **Trabajo de Investigación:** En nuestro país el 99% de los partos ocurre en instituciones asistenciales; sin embargo, tanto la precocidad como la calidad de los controles que las mujeres realizan distan de ser los adecuados. En el año 2007 en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá se realizó un trabajo con el objetivo de conocer los motivos por los cuales las embarazadas concurrían tardíamente al control prenatal. Para ello se efectuaron 401 encuestas y llegaron a la conclusión que se debía a una

disminución de la accesibilidad al establecimiento, ya que el 61 % provenía de la Provincia de Buenos Aires, con demoras de más de 2 hs en el transporte; el 33 % no había conseguido turno para la apertura de la historia clínica en el primer trimestre, a lo que se agrega largas horas de espera para obtenerlo.[7]

Materiales y métodos**:** Diseño observacional, transversal; se realizo una encuesta a 401 embarazadas que asistieron a su primera consulta prenatal en el consultorio de admisión del Hospital Materno Infantil "Ramón Sarda" durante los meses de septiembre-octubre del año 2007. Las variables en estudio fueron: nacionalidad, estado civil, escolaridad, domicilio, tiempo para llegar al hospital, paridad, edad gestacional en primera consulta, motivos para la consulta tardía (económicas, no conseguía turno, laborales, atención a otros hijos, asistencia previa a otro centro de salud u otra institución, desconocimiento, distancia)

Resultados: En el 84 % la edad era entre 18 y 45 años; el 48 % eran argentinas, el 61 % provenía de la Provincia de Buenos Aires, un 51% tardaba en llegar al hospital entre 2 y 4 horas, el 43 % eran nulíparas y el 76 % no concurrió de manera precoz al control prenatal. Los factores principales fueron : 33 % no consiguió turno,19 % realizo algún control previo en un centro de salud u otro establecimiento, 13 % por razones laborables,11 % por atención a otros hijos, 9 % por la distancia, otros hijos, 9 % por desconocimiento y solo el 6 % por razones económicas.

Conclusiones**:** Las principales causas por las cuales las pacientes no concurren precozmente al control prenatal son por barreras en el sistema de salud.

Con respecto al control prenatal en embarazadas adolescentes, sobre 91 embarazadas, Beatriz Ortiz desde una perspectiva de enfermería, concluyó que no existía una asociación entre el número de gestas y las características del control prenatal ya que primigestas y multigestas adolescentes se comportan en forma similar en cuanto a la precocidad y periodicidad de los controles prenatales. La condición de ser puerperas adolescente multigesta, no implica necesariamente una conducta hacia el control prenatal en forma diferente de las puerperas adolescentes primigestas.

Primigestas y multigestas, realizan el control prenatal en forma inadecuada en cuanto a la precocidad y la periodicidad ya que la mayoría consultan en forma tardía y con una

baja frecuencia en los dos primeros trimestres de embarazo; observándose un cambio conductual en el noveno mes del mismo mejorando sustancialmente la frecuencia de los controles.

Esta actitud frente al control prenatal se corresponde con algunas de las características del adolescente de estrato socioeconómico bajo, en los que los mandatos culturales, socioeconómico, y educacionales marcan su conducta.

Los autores destacan que ambos subgrupos presentan una conducta deficitaria con respecto a la prevención, lo que conduce a reafirmar en esta población, la importancia del control prenatal precoz y periódico incentivando la promoción del vinculo madre – hijo, previniendo posibles complicaciones.[9]

Capítulo III

Marco Teórico

3.1 Marco Teórico

3.1.1 **Embarazo:** comprende el proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo, que abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, pasando por un periodo embrionario y fetal (aproximadamente de 37 a 41 semanas), periodo de tiempo comprendido desde la fertilización del óvulo hasta el parto. Se llama Primigesta a la Mujer gestante por primera vez y Multigesta a la que tuvo dos o más gestas.

3.1.2 **Control Perinatal**, es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnostico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.

Mediante el control perinatal, se puede vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza. De esta manera se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el periodo perinatal, principal causa de muerte en mujeres jóvenes (mortalidad materna).

El control perinatal debe ser eficaz y eficiente, lo que significa que la cobertura debe ser máxima (sobre el 90 % de la población obstétrica) donde el equipo de salud debe tomar conciencia de la importancia de su labor. El control perinatal debe ser precoz y periódico. Precoz es la consulta con el equipo de salud dentro de los tres primeros meses de embarazo. Periódico, significa la frecuencia de los controles perinatales.

Los objetivos generales del control perinatal son:

- Identificar factores de riesgo
- Diagnosticar la edad gestacional
- Diagnosticar la condición fetal
- Diagnosticar la condición materna
- Educar a la madre

3.1.3 **Factor de riesgo**: es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se relaciona con un aumento de posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos. Desde el punto de vista perinatal los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbimortalidad con el feto son: la prematurez, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que las estrategias del control perinatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas anteriormente enunciados. Los problemas

que se asocian a morbimortalidad materna son la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pregestacionales. (Ver tabla Nº 1)

Tabla nº 1 **FACTORES DE ALTO RIESGO OBSTETRICO PERINATAL**

Factor

ANTECEDENTES OBSTETRICOS
- Primípara precoz (<17 años)
- Primípara tardía (>35 años)
- Gran multípara
- Mayor de 40 años

1.1.1.1.1. HISTORIA OBSTETRICIA
- Infertilidad
- Aborto provocado
- Aborto habitual
- Mortalidad perinatal
- Malformaciones congénitas
- Bajo peso de nacimientos

1.1.1.1.2. SOCIOECONOMICAS
- Extrema pobreza
- Analfabetismo
- Consumo de alcohol, tabaco y drogas
- Actividad laboral inadecuada
- Ruralidad

1.1.1.1.3. NUTRICIONALES
- Desnutrición maternas
- Obesidad

1.1.1.1.4 PATOLOGIA PELVICO-GENITAL
- Cicatriz uterina previa
- Pelvis estrecha
- Patología genital

1.1.1.1.5 PATOLOGIA MEDICA-OBSTETRICIA
- Síndrome hipertensivo
- Colestasia intrahepática
- Rh negativa sensibilizada
- Hemorragia primera mitad del embarazo
- Hemorragia segunda mitad del embarazo
- Edad gestacional dudosa
- Embarazo prolongado
- Rotura de membranas ovulares
- Gemelar
- Macrosomía
- Diabetes
- Cardiopatías
- Anemia
- Amenaza parto prematuro
- Enfermedades neuropsiquíatricas

El diagnostico de la edad gestacional se realiza con los siguientes elementos clínicos:

- El tiempo de amenorrea a partir del primer día de la última menstruación.
- El tamaño uterino.

Para que estos elementos tengan importancia en su utilidad práctica, el control perinatal debe ser precoz, para evitar el olvido de información por parte de la embarazada,

porque la relación volumen uterino/edad gestacional es adecuada, siempre que el examen obstétrico se efectúe antes del quinto mes. En niveles de atención perinatal de baja complejidad, y con embarazadas de bajo riesgo, los elementos clínicos enunciados pueden ser suficientes para fijar la edad gestacional y proceder en consecuencia. idealmente, si se cuenta con el recurso ultrasonográfico, se debe practicar ese procedimiento para certificar la edad gestacional, teniendo en cuenta que su efectividad diagnóstica es máxima antes del quinto mes (error 7 días) y deficiente a partir del sexto mes (error 21 días).Es necesario enfatizar que el diagnóstico de edad gestacional debe ser establecido a más tardar al segundo control perinatal, debido a que todas las acciones posteriores se realizan en relación a dicho diagnóstico. El desconocimiento de la edad gestacional constituye por sí mismo un factor de riesgo. La magnitud del riesgo estará dada por la prevalencia de partos prematuros, embarazos prolongados y retardo del crecimiento intrauterino en la población obstétrica bajo control. Los elementos clínicos que permiten evaluar la condición fetal son:

- Latidos cardíacos fetales (LCF)
- Movimientos fetales (MF)
- Tamaño uterino (TU)
- Estimación clínica del peso fetal
- Estimación clínica del volumen de líquido amniótico

Los LCF son auscultables con estetoscopio de Pinard desde el quinto mes de embarazo (20 semanas). Con equipos portátiles de ultrasonido pueden ser identificados desde las 10 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que la aceleración de la frecuencia cardíaca con los estímulos externos, o con movimientos fetales espontáneos, es un signo de salud fetal. La frecuencia cardíaca fetal se considera como normal en el rango de 120 - 160 latidos por minuto; valores inferiores o superiores, se denominan bradicardia y taquicardia fetal, respectivamente, y son signos sospechosos de hipoxia fetal.

Los MF ocurren entre las 18 y 22 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que el aumento de la actividad fetal especialmente postprandial constituye un

signo de salud fetal. La disminución significativa de la actividad fetal es un signo sospechoso de hipoxia fetal

El T U desde las 12 semanas de amenorrea el fondo uterino se localiza sobre la sínfisis pubiana y puede ser medido en su eje longitudinal, desde el borde superior de la sínfisis pubiana hasta el fondo uterino. Para esto se utiliza una cinta de medir flexible, graduada en centímetros, la cual se desliza entre el dedo medio y el índice del operador. La madre debe ubicarse en decúbito dorsal con las piernas semi flecsada. La medida obtenida debe ser localizada en una tabla de altura uterina/edad gestacional; de esa forma obtendremos indirectamente una estimación del tamaño fetal y su progresión en cada control perinatal. En el Servicio de Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica se utiliza la tabla elaborada en el Centro Latino Americano de Perinatología (CLAP). Este instrumento para identificar retardo del crecimiento intrauterino, tiene una sensibilidad de 56%, especificidad de 91%, valor predictivo positivo de 80%, y valor predictivo negativo de 77%

Tabla Nº 2: Altura uterina según Edad gestacional. CLAP

TG	P10	P50	P90
16	28	34	39
17	32	37	42
18	35	40	45
19	38	44	51
20	42	49	56
21	44	52	61
22	46	54	62
23	48	57	66
24	50	60	70
25	55	63	72
26	56	65	73
27	59	67	75
28	63	71	79
29	67	74	82
30	70	76	83
31	73	78	84
32	75	81	88
33	76	83	90
34	79	86	93
35	82	88	94
36	83	89	94
37	84	91	97
38	85	92	98
39	86	93	99
40	88	95	101
41	90	96	103
42	91	97	105

3.2. **Condición Materna:** La evaluación de la condición materna se inicia con una anamnesis personal y familiar, en busca de patologías médicas que puedan influir negativamente en la gestación. De igual forma se recopilarán antecedentes obstétricos previos, especialmente antecedentes de recién nacidos de bajo peso, macrosomía, mortalidad perinatal, malformaciones congénitas, etc. Es importante obtener la información del nivel educacional materno, actividad laboral como trabajos con

esfuerzo físico importante, contactos con tóxicos, radiaciones o material biológico, con fines de solicitar a su empleador una readecuación laboral o suspender su actividad. Se practicará un examen físico general y segmentario con fines de diagnosticar patologías asintomáticas y derivar a especialistas. El examen físico incluye un examen ginecológico en el cual se hace una inspección perineal (descartar hemorroides, plicomas, parásitos externos anales y pubianos, vulvovaginitis, condilomas, etc) y vulvovaginal (tomar Papanicolaou).Posteriormente, en cada control perinatal, se hará la evaluación nutricional según índice peso/talla, control de presión arterial, albuminuria, hematocrito y examen físico según síntomas maternos. [10, 11]

3.2.1 **Educación Materna:** Este objetivo es fundamental para el éxito del control perinatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control perinatal o en control perinatal deficiente. El primer control perinatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control perinatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control perinatal.
Constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educacionales:

Signos y síntomas de alarma: La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y, por lo tanto, concurrir oportunamente al Servicio Obstétrico donde atenderá su parto. De ahí que la embarazada debe conocer la ubicación geográfica exacta del centro asistencial, idealmente debe conocerlo antes de que se presente una emergencia o ingrese en trabajo de parto. Es probable que este punto sea uno de los más estresantes para el grupo familiar y que tiene una simple solución. La embarazada debe estar capacitada para reconocer flujo genital hemático tanto en primera mitad (ectópico, enfermedad trofoblasto, aborto), como en segunda mitad del embarazo (placenta previa, desprendimiento placenta normoinserta), y reconocer flujo genital blanco (rotura prematura de membrana, leucorrea, escape urinario). Debe estar informada de su edad gestacional y fecha probable de parto. Este último punto genera angustia del grupo familiar y de la embarazada cuando se cumplen las 40 semanas y no se ha producido el parto. De ahí que se debe informar que el rango normal de desencadenamiento del parto es entre las 39 y 41 semanas. Debe estar informada que

los movimientos fetales serán reconocidas por ella alrededor del quinto mes y que su frecuencia e intensidad son un signo de salud fetal. Debe estar capacitada para reconocer el inicio del trabajo de parto, con fines de evitar concurrencias innecesarias a la Maternidad, y, muy especialmente, la contractilidad uterina de pretérmino. Debe estar informada de concurrir al centro asistencial obstétrico en relación a patologías paralelas al embarazo como fiebre, diarrea, vómitos, dolor abdominal, etc.

3.2.2 **Nutrición materna:** se evalúa el estado nutricional de la embarazada, proporcionándose recomendaciones de dieta sana, suplementos de Hierro y ácido fólico, se la deriva a la nutricionista en caso de desnutrición, sobrepeso/obesidad o diabetes tipo ll. En la provincia de la Pampa existen programas que cubren las dietas de embarazadas de riesgo con bajos recursos y sin obra social.

Lactancia y cuidados del recién nacido: Muy especialmente a las primigestas, se enseñarán aspectos básicos de cuidado neonatal (lactancia, higiene, control niño sano, vacunas, etc).

3.2.3 **Derechos legales:** El profesional encargado del control perinatal debe velar por los derechos legales de su paciente. Esto significa que el profesional debe otorgar los certificados respectivos aún cuando la paciente, por olvido o desconocimiento, no los solicite.

Certificado de leche. Toda embarazada en control perinatal (institucional o privada) tiene derecho a una cuota mensual de leche en polvo y otros nutrientes según diagnóstico nutricional. Se debe llenar certificado ad hoc con los datos del profesional, identificación de la paciente, edad gestacional, diagnóstico nutricional y visación por la Isapre respectiva. Con este formulario la embarazada retira su cuota nutricional en el Policlínico del Servicio Nacional de Salud más cercano a su domicilio.

Certificado de asignación familiar. Toda embarazada con contrato laboral, o carga de cónyuge con contrato laboral, debe recibir al cumplir el quinto mes su certificado de asignación familiar. El Estado Argentino realiza la Asignación universal por Hijo a aquellas embarazadas no cubiertas por la seguridad Social.

Licencia de descanso prenatal**.** Toda embarazada con contrato laboral debe recibir la licencia de descanso perinatal, sea su gestación fisiológica o patológica. Este certificado

es el mismo de licencia médica por enfermedad; debe ser otorgado seis semanas antes de la fecha probable de parto (34 semanas) y puede ser otorgado por profesional médico o matrona. [11, 12]

3.2.4 **Orientación sexual**: Los contenidos de este objetivo deben ser dados a la pareja. En un embarazo fisiológico la actividad sexual no está contraindicada. Está especialmente contraindicada en metrorragias, o en riesgo potencial de metrorragia, como la placenta previa, y en amenaza de parto prematuro o presencia de factores de riesgo para parto prematuro.

3.2.5 **Planificación familiar:** Se deben introducir conceptos generales de planificación familiar, los cuales deben ser profundizados y consolidados en el primer control puerperal. Uno de los métodos es el de la lactancia (LAM), el cual otorga una infertilidad tan eficiente como los métodos tradicionales.

3.2.6 **Preparación para el parto:** La atención integral del control perinatal debe incluir un programa de preparación para el parto donde se informa a la paciente cuáles deben ser los motivos de ingreso a la maternidad, los períodos del parto, anestesia, ejercicios de relajación y pujo, y tipos de parto. [11, 13]

3.2.7 **Exámenes de laboratorio:** que se solicitan en embarazadas de bajo riesgo son:

Grupo sanguíneo
Urucultivo
VDRL
HIV
Hematocrito
Glucemia
Albuminuria
Papanicolaou
Ecografía

Grupo sanguíneo: Idealmente, la tipificación del grupo sanguíneo debe realizarse en el laboratorio (Banco de Sangre) de la institución donde se atenderá el parto, con fines de evitar clasificaciones de verificación. La tipificación consiste en identificar el grupo del sistema ABO y Rh de la madre, y coombs indirecto. Si se detecta que la paciente es Rh

negativo se manejará de acuerdo a normativa respectiva a la Enfermedad Hemolítica Perinatal y la madre es Rh positivo con coombs indirecto positivo, se procederá a identificar a qué sistema sanguíneo pertenece el anticuerpo detectado.

Urucultivo**:** Se efectúa urucultivo a todas las embarazadas debido a la alta prevalencia de bacteriuria asintomática (8,2%) en las madres en control, alternativamente se puede realizar un examen de orina completa, el cual se debe efectuar con orina de segundo chorro, tomado por auxiliar de enfermería capacitada y con taponamiento de introito, con fines de evitar positivos falsos por contaminación de flujo vaginal. Si el examen es sugerente de infección urinaria se deberá solicitar un urucultivo.

V.D.R.L: Es la sigla (Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas) de una prueba no treponémica, utilizada en la identificación de las pacientes que han tenido infección por Treponema pálido (lúes). Se debe solicitar al ingreso de control perinatal, y al inicio del tercer trimestre (28 semanas).

H.I.V: La detección de anticuerpos del virus de la inmunodeficiencia humana (Elisa), se efectúa en el primer control perinatal a todas las embarazadas en control.

Hematocrito: La concentración de glóbulos rojos se modifica por la hemodilución fisiológica, por las reservas de hierro y el aporte exógeno de hierro (alimentación y suplemento medicamentoso). En embarazadas no anémicas se debe solicitar un hematocrito al ingreso, a las 28 y 36 semanas.

Glucemia: Aproximadamente un 5% de las embarazadas cursa una alteración del metabolismo de la glucosa. El 90% de ellos corresponde a una intolerancia a la sobrecarga de glucosa que se corrige espontáneamente en el postparto. Se estima que un 30% de las embarazadas diabéticas gestacional no tienen factores de riesgo para diabetes, de ahí que se recomienda efectuar a todas las embarazadas una prueba de sobrecarga con 50 g. de glucosa oral (valor normal: <140 mg/dl a la hora) alrededor de las 26 semanas de amenorrea.

Albuminuria: La detección de albúmina en muestra aislada de orina se debe efectuar al ingreso del control perinatal; si es negativa se efectuará en cada control perinatal, desde las 28 semanas. La detección se efectúa con la "coagulación" de la albúmina en la orina,

albúminas positivas en el tercer trimestre habitualmente corresponden a una preeclampsia.

Papanicolaou: El embarazo constituye un excelente momento para educar a la mujer en relación a la prevención del cáncer cérvico uterino. Este procedimiento debe realizarse en el primer control perinatal como parte habitual de la semiología obstétrica. El embarazo no constituye contraindicación, como tampoco la edad gestacional, para realizar el examen. Se debe omitir cuando hay riesgos de sangrado por la especuloscopía (ejemplo: placenta previa). La experiencia del Servicio sobre 36.524 muestras de Papanicolaou reveló que 688 de ellos (1,9%) presentaban alteraciones citológicas, como carcinoma invasor (8 casos) y cáncer in situ (24 casos). Como puede apreciarse el rendimiento es bajo, pero esto es consecuencia de la edad reproductiva de las mujeres. Todas las embarazadas con edad superior o igual a 30 años deben tener necesariamente un examen de Papanicolaou. A mujeres de menor edad se les debe efectuar el procedimiento si existen otros factores de riesgo asociados.

Ecografía**.** [10, 11]

3.2.8 **Frecuencia del control perinatal**: Está determinada por los factores de riesgos detectados en esa gestación y serán necesarios tantos controles como la patología detectada lo requiera. En embarazos sin factores de riesgo, la frecuencia de los controles debe racionalizarse en relación a la magnitud de la población obstétrica y los recursos humanos destinados para su control .Se denomina control perinatal eficiente al que cumple con las siguientes condiciones: precocidad , periodicidad , completo y de amplia cobertura.

Precoz: Una consulta perinatal precoz es la que se realiza dentro de los tres primeros meses de embarazo (16 semanas de edad gestacional). Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de salud, así como la detección de los embarazos de riesgo.

Periódico: La Periodicidad de los controles en base a las Normas del Ministerio de Salud Pública debe ser la siguiente:

Mensual hasta el séptimo mes (32 semanas)

Cada 15 días entre el séptimo y octavo mes (32 semanas – 36 semanas)

Semanal a partir del octavo mes hasta el nacimiento (36 semanas- 40 semanas o más)

La frecuencia de los controles varía según el riesgo de la embarazada, las de bajo riesgo deberían tener como mínimo de cinco controles al término del embarazo.

Completo: Los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección y rehabilitación de la salud.

Amplia Cobertura: En la medida en que el porcentaje de población controlada sea alto, se podrán disminuir las tasas de mortalidad materna y perinatal.

Como se puede ver en lo expuesto, los controles perinatales se efectúan cada cuatro semanas en el primer y segundo trimestre de la gestación. En el tercer trimestre (desde las 28 semanas), los controles son progresivamente más frecuentes hasta ser cada siete días desde las 36 semanas hasta el término de la gestación. El motivo de esta secuencia se debe a que desde las 28 semanas en adelante es posible detectar patologías de alta relevancia con feto viable (retardo del crecimiento fetal, diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, macrosomía fetal, amenaza de parto prematuro, malformaciones congénitas, etc). [10, 11]

3.2 Problema científico

El Control Perinatal es fundamental para la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. Dicha práctica tiene muchos aspectos en común con la práctica del profesional de enfermería ya que implica el cuidado de la salud del binomio madre-hijo, se cuida a la madre, por ende al niño y se acompaña a la madre para el desarrollo de pautas de crianza de su hijo, se la ayuda a construir el vínculo madre- hijo, de esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna. Un control eficiente requiere que sea precoz, periódico, completo, lo que demanda una serie de responsabilidades al equipo de salud y a la embarazada, que no siempre se asumen.

La falta de un control perinatal óptimo se debe a:

Factores de riesgo de la embarazada: adolescente, bajo nivel socio económico, bajo nivel cultural.

Falta de accesibilidad del sistema de salud: barreras culturales, distancias geográficas, malos sistemas de transporte, problemas en la distribución de los turnos de control, controles incompletos o de mala calidad. [14]

Como futura profesional del equipo de salud de atención primaria debería contribuir a mejorar las políticas y/o estrategias institucionales de primer nivel de atención para incentivar los controles perinatales en tiempo y forma.

3.3 Hipótesis

La población de embarazadas que realizan el control perinatal en el Hospital Dr: Heraclio Luna, Macachín, La Pampa es deficiente debido a las barreras que el sistema de salud les obstaculiza.

Capítulo IV

Aspectos Metodológicos

4.1 Metodología, Modelos y Técnica

4.1.1 **Tipo de estudio:** retrospectivo y descriptivo de corte transversal de escala cuantitativa.

4.1.2 **Universo:** todas las embarazadas que concurren a los servicios de salud de la localidad de Macachín.

4.1.3 **Constitución de la Muestra:** mujeres que realizan el Control Perinatal en el Hospital Dr: Heraclio Luna y puérperas hasta los 6 meses del parto.

4.1.4 **Unidad de análisis**: embarazada o puérpera hasta el 6 mes del parto. Excel

4.1.5 **Fuente de datos:** Primaria: Encuesta efectuada por la autora del presente trabajo en el domicilio de las encuestadas. (Ver copia de instrumento en Anexo)**.** Secundaria: Historia Clínica Perinatal y Libreta Sanitaria Materno Infantil en el consultorio externo de ginecología del hospital Dr. Heraclio Luna de Macachín.

4.1.6 **Variables analizadas**

Edad:

Adolescente: < de 19 años

Nacionalidad: Argentina, Paraguaya, Uruguaya.

Procedencia: Macachin, Rolón, Riglos, Alpachiri.

Estado Civil: casada, unión estable, soltera, otros.

Estudios: ninguno, primario, secundario, universitaria.

Paridad:

Primigestas: primera gesta

Primipara: primer parto

Secundípara: segundo parto

Multigesta: más de tres gestas

Edad Gestacional en el primer control:

Precoz: < de 12 semanas

Tardío >12 semanas

Motivos de consulta tardía: Laborales, Atención a otros hijos, Asistencia previa a otro centro de salud u institución, Distancia, Económicas, No conseguía turno, Otros.

Conocimiento de las normas perinatales: Si conoce las normas establecidas en los controles perinatales y cuando considera que esta bien ir al primer control perinatal.

Los datos se procesaron calculando sus proporciones y presentaron en tablas de doble o múltiples entradas

4.2 Resultados

Los resultados obtenidos se expresaran en las tablas del 1 al 12 donde en cada uno de ellos se vuelca la información según distribución. Las tablas 1 al 9 contemplan información que corresponden a los datos que se obtuvieron de las distintas Historias Clínicas Perinatales y Libretas Sanitaria Materno Infantil. Las tablas 10 a 12 se corresponden con la encuesta establecida a aquella informante que llega tardíamente a la consulta y sobre los conocimientos en referencia a las normativas establecidas para la realización de los controles.

Se incluyeron 39 embarazadas que concurrieron al Hospital Dr: Heraclio Luna de la localidad de Macachín, para su control perinatal entre el 1 de febrero 2010 y el 30 de Abril del 2011, 27 (69,2%) de las embarazadas de más de una gesta (multigestas) fueron divididas en primíparas, secundípara y multíparas donde de 27 multigestas, 8 (20 %) son Primíparas ,12 (31 %) son Secundiparas y 7 (18 %) son Multíparas y 12 (30.8%) primigestas (Ver tabla Nº 6 Grafico Nº 7). El 41 % de las multigestas tenían entre 23 y 33 años de edad, 15 % entre 34 y 42 años y 13 % entre los 12 y 22 años.

Las primigestas el 18 % tenían entre 12 y 22 años el 13 % entre los 23 y 33 años (Ver tabla Nº 1 y Gráficos Nº 1 y 2). Entre las primigestas y multigestas de 12 a 22 años se detecta 5 (13 %) son adolescentes < de 19 años, embarazadas que no fueron derivadas a Consultorios de Alto Riesgo como lo indican las Normas de atención Perinatal. [10]

Cabe aclarar que en los valores correspondientes a estos datos, se localizan embarazadas adolescentes y mayores de 35 años por lo tanto se deberá considerar como gestantes de riesgo potencial, conviniendo ser referidas a centros de mayor complejidad de acuerdo a las normas locales, el nosocomio de esta localidad no está a la altura de algún imprevisto de los riesgos a priori.

Con respecto al estado civil el 67 % de las primigestas eran solteras y el 33 % con unión estable. Por otra parte el 59 % de las multigestas tenían unión estable, un 22 % eran casadas y un 19 % solteras. (Ver tabla Nº4 y Gráfico Nº 4).

Cabe aclarar que los valores correspondientes a las embarazadas con estado civil solteras, deberán considerárselas como de riesgo potencial.

Las 39 que constituyeron la muestra realizaron su primer control perinatal en forma precoz (< 12 semanas de gestación) el 44 %, el 54% entre 12 – 28 semanas de gestación y el 2 % luego de la semana 28 a mas de gestación. (Ver tabla Nº7 y Grafico Nº8).

Las embarazadas multigestas realizaron su primer control perinatal en forma precoz el 41%, entre 12- 28 semanas de gestación el 55 % y el 4 % después de las 28 semanas de gestación (Ver tabla Nª 8y Grafico Nº9)

Las embarazadas primigestas realizaron su primer control perinatal el 50% en forma precoz y el resto entre 12-28 semanas. (Ver tabla N º9 y Grafico Nº10)

Con respecto a las razones de la consulta tardía en el control perinatal: 32 % no aludieron motivos claros en la encuesta, 23 % manifestaron razones laborales, un 23 % por falta de turnos, el 13 % por atención de otros hijos y el 9 % asistió a otro centro de salud por razones de distancia y económicas. (Ver tabla Nº10 y Grafico Nº11)

En lo referente al conocimiento de las normas de control perinatal el 24 % de las embarazadas manifestó que las conocía pero no las tenía muy clara y el 76 % las desconocía. (Ver tabla Nº11 y Grafico Nº 12).

El 100% de las encuestadas reconoció que el primer control del embarazo debe realizarse en el primer trimestre. (Ver tabla Nº 12 y Gráfico Nº 13)

El 87 % de las embarazadas que se realizan los controles perinatales eran de Macachin, 8 % de Rolón y 5 % de Riglos. (Ver tabla Nº 3 y Gráfico Nº 3) y el 100 % de nacionalidad Argentina (Ver tabla Nº 2).

Tabla N ° 1: Embarazadas que concurrieron al Hospital Dr: Heraclio Luna (Macachín) La Pampa, Argentina según Nº de embarazos y edad entre el mes a febrero 2010 y Abril del 2011 N= 39.

Primigestas	**FR**	**FR%**
12-22 años	7	18 %
23-33 años	5	13%
34-42 años	0	0%
Multigestas	**FA**	**FR%**
12-22 años	5	13%
23-33 años	16	%
34-42 años	6	15%

Grafico Nº 1: Distribución de primigestas por edades, que concurrieron al Hospital Dr: Heraclio Luna (Macachin). 2010 -2011. N=12

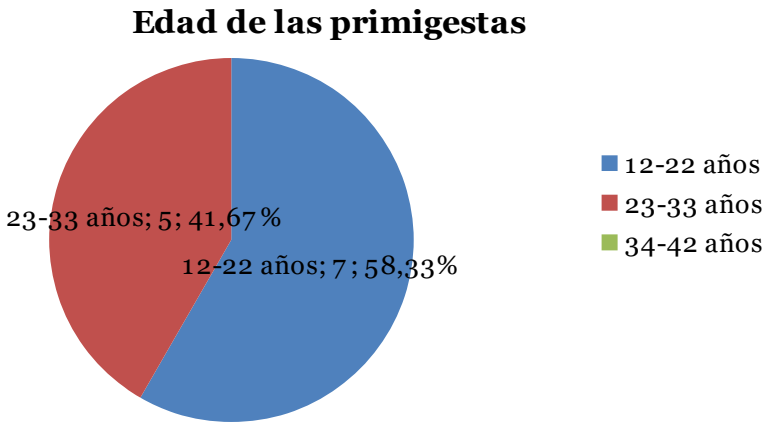


Grafico Nº 2: Distribución de multigestas por edades, que concurrieron al Hospital Dr: Heraclio luna (Macachin).2010-2011.N=27

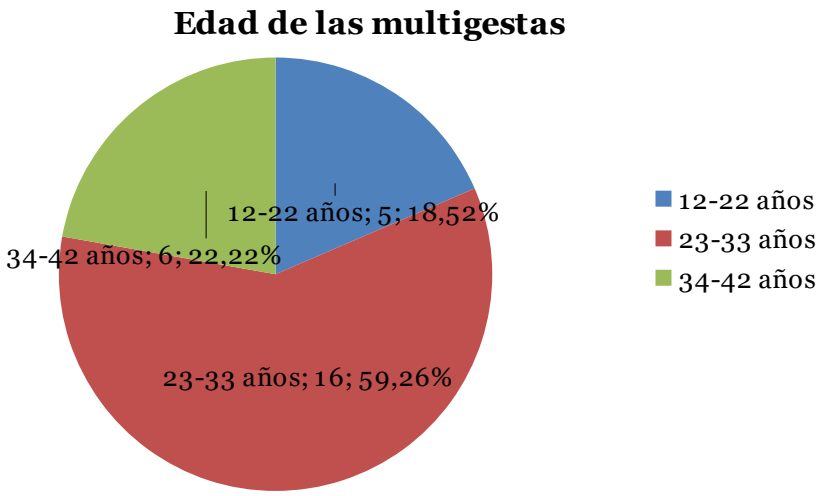


Tabla Nº 2: Embarazadas que concurrieron a la consulta perinatal del Hospital Dr: Heraclio Luna (Macachin) según nacionalidad, entre febrero 2010 y abril 2011. N=39

Nacionalidad	**FA**	**FR%**
Argentina	39	100 %
Paraguaya	0 %	0 %
Uruguaya	0%	0 %

Tabla N ° 3: Distribución de embarazadas controladas en el hospital Dr: Heraclio Luna (Macachin) año 2010-2011 por lugar de residencia. N= 39

Localidad	**FA**	**FR%**
Macachín	34	87 %
Rolón	3	8 %
Riglos	2	5 %
Alpachiri	0	0 %

Grafico Nª 3: Distribución de embarazadas controladas en el hospital Dr: Heraclio Luna (Macachin) año 2010-2011 por lugar de residencia. N= 39

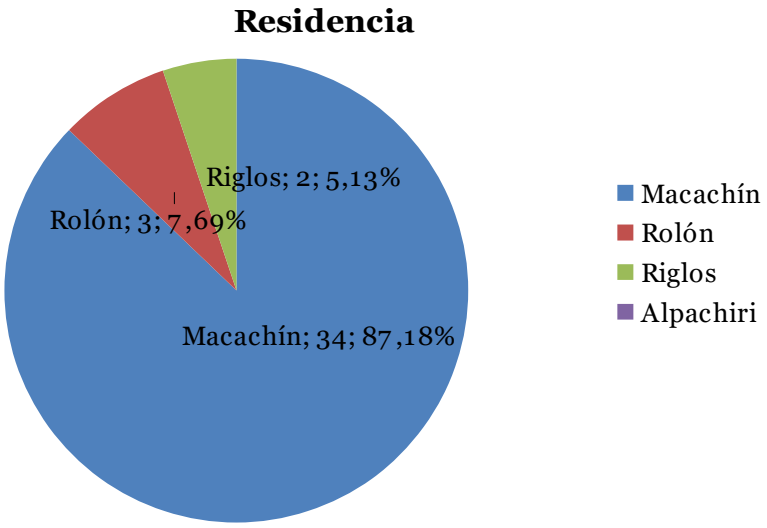


Tabla Nº 4: Distribución de embarazadas primigestas y multigestas controladas en el Hospital Dr. Heraclio Luna, (Macachín) entre Febrero 2010 y Abril 2011 por estado civil. N = 39

Primigestas	FA	FR%	Multigestas	FA	FR%
Casada	0	0 %	Casada	6	22 %
Unión Estable	4	33 %	Unión Estable	16	59 %
Soltera	8	67 %	Soltera	5	19 %
Otro	0	0 %	Otro	0	0 %

Gráfico Nº 4: Distribución de embarazadas primigesta y multigestas controladas en el Hospital Dr: Heraclio Luna (Macachin) año 2010-2011 por estado civil. N=39

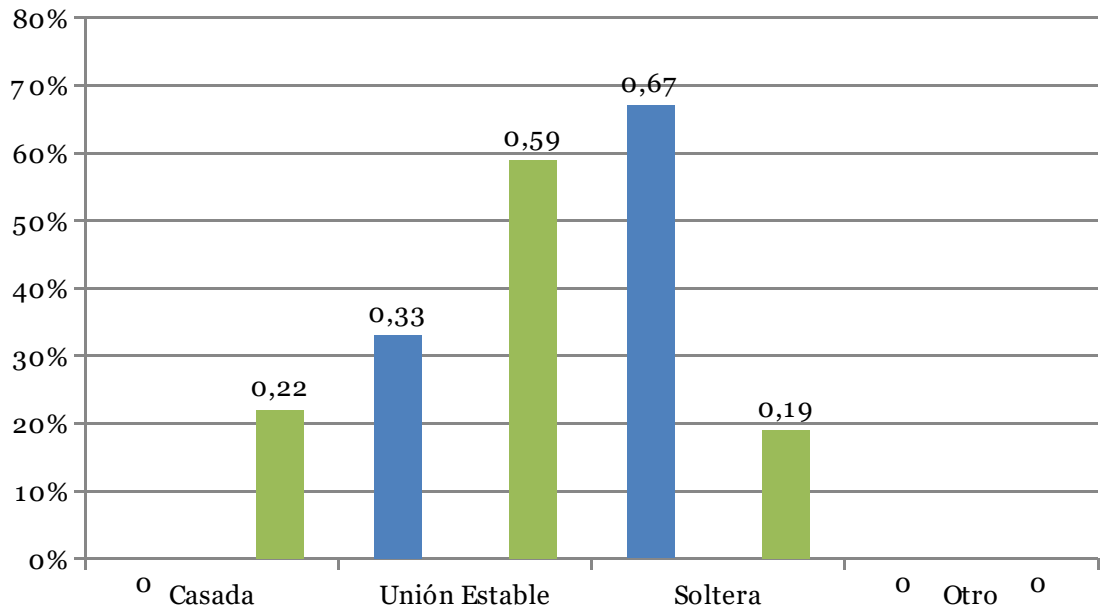


Tabla Nº 5: Distribución de embarazadas primigestas y multigestas controladas en el Hospital Dr: Heraclio Luna (Macachin) año 2010-2011 por nivel educacional. N=39

Primigestas	**FA**	**FR%**	**Multigestas**	**FA**	**FR%**
Ninguno	0	0 %	Ninguno	0	0 %
Primario	3	23 %	Primaria	6	23 %
Secundario	10	77 %	Secundaria	20	77 %
Universitario	0	0 %	Universitaria	0	0 %

Grafico Nº 5: Distribusión de embarazadas primigestas controladas en el Hospital Dr: Heraclio Luna (Macachin) año 2010-2011 por nivel educacional. N= 12

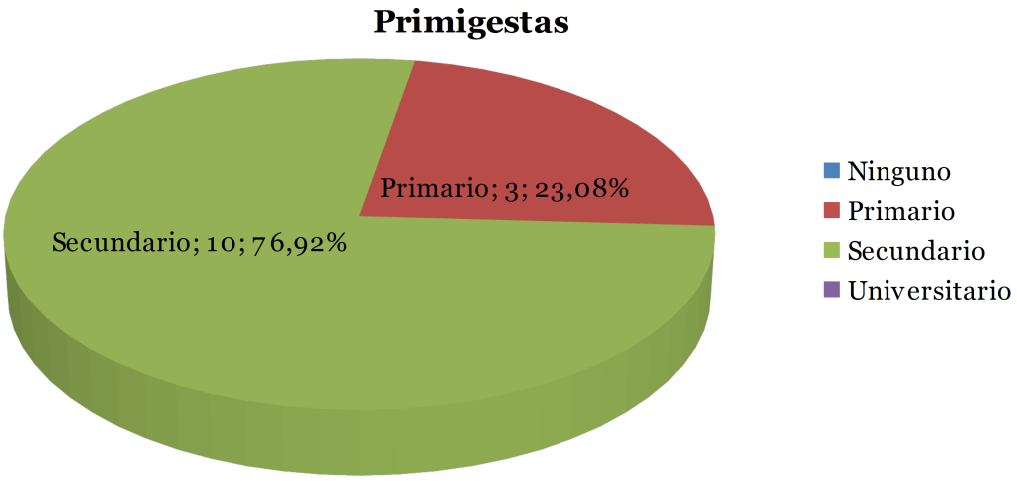


Grafico Nº 6: Distribución de las embarazadas multigestas controladas en el Hospital Dr: Heraclio Luna (Macachin) año 2010-2011por nivel de educación .N=27

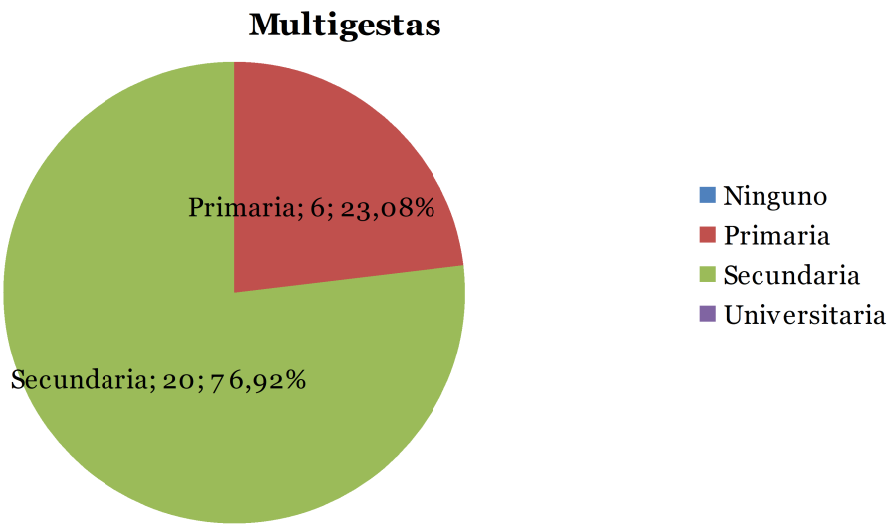


Tabla Nº 6: Embarazadas que concurrieron al Hospital Dr: Heraclio Luna (Macachin) según Nº de embarazos. Año 2010-2011. N=39

Paridad	**FA**	**FR**
Primigesta	12	31%
Primipara	8	20 %
Secundípara	12	31 %
Multípara	7	18 %

Grafico Nº 7: Distribución de embarazadas que concurrieron al Hospital Dr: Heraclio Luna (Macachin) según Nº de embarazos. Año 2010-2011. N=39

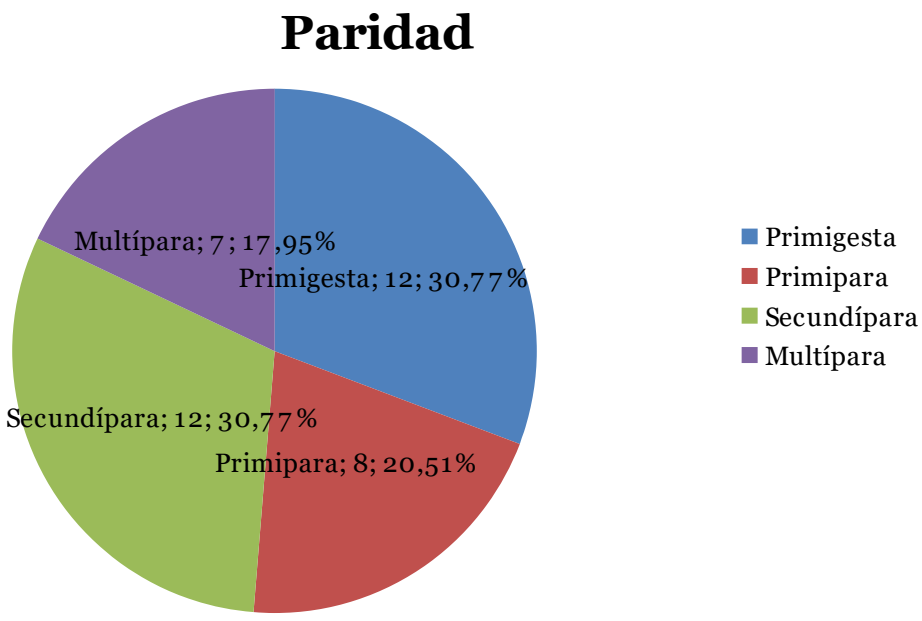


Tabla Nº 7: Edad gestacional en el primer control perinatal de embarazadas que asistieron al Hospital Dr: Heraclio Luna (Macachin) entre febrero 2010 y abril 2011.N=39

Edad gestacional	FA	FR %
Menor de 12 semanas	17	44 %
12 a 28 semanas	21	54 %
28 semanas o más	1	2 %

Gráfico Nº 8: Edad gestacional en el primer control perinatal de embarazadas que asistieron al Hospital Dr: Heraclio Luna (Macachin) febrero 2010 y abril 2011. N= 39.

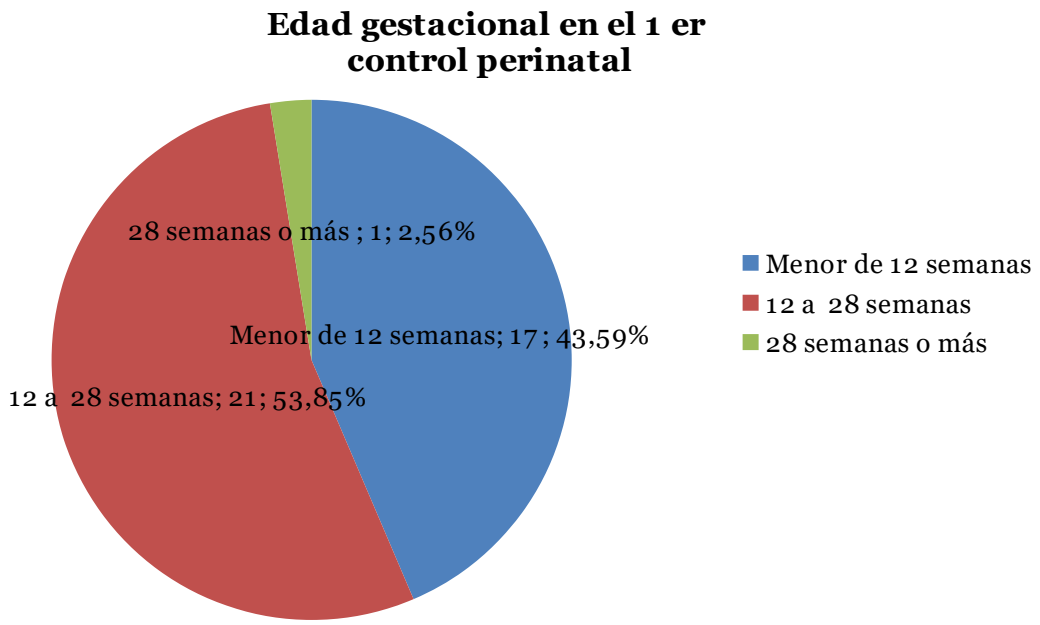


Tabla Nº 8: Edad gestacional en el primer control multigestas en el Hospital Dr: Heraclio Luna (Macachín) entre Febrero 2010 y abril 2011.N= 27

Edad gestacional en la multigestas	FA	FR %
< 12 semanas	11	41%
12 a 28 semanas	15	55%
28 semanas o más	1	4 %

Gráfico Nº 9: Edad gestacional en el primer control perinatal de embarazadas multigestas que asistieron al Hospital Dr: Heraclio Luna (Macachin) entre febrero 2010 y abril 2011. N= 27

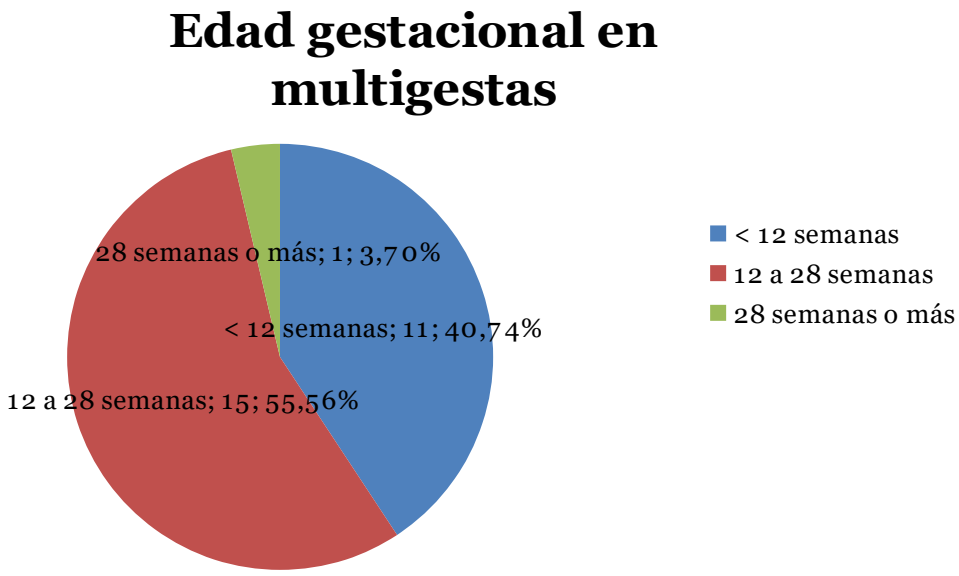


Tabla nº 9: Edad gestacional de primigestas en el primer control perinatal en el Hospital Dr. Heraclio Luna (Macachín) entre febrero 2010 y abril 2011. N=12

Edad gestacional en la primigestas	FA	FR %
< 12 semanas	6	50 %
12 a 28 semanas	6	50 %
28 semanas o mas	0	0%

Gráfico Nº 10: Edad gestacional de primigestas en el primer control perinatal en el Hospital Dr. Heraclio Luna (Macachín) entre febrero 2010 y abril 2011. N=12

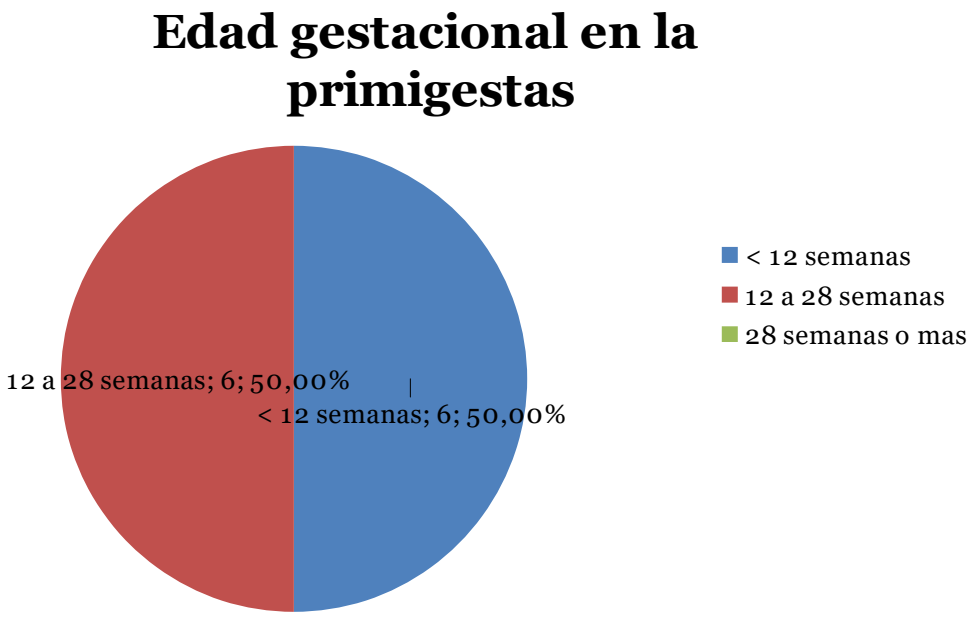


Tabla Nº 10: Razones por la consulta tardía al control perinatal de embarazadas, en el Hospital Dr: Heraclio Luna (Macachín) entre Febrero 2010 y Abril 2011.N=22

Razones	**FA**	**FR%**
Laborales	5	23 %
Atención a otros hijos	3	13 %
Asistencia en otro centro de salud u institución	2	9 %
Distancia	0	0 %
Económica	0	0%
No conseguía turno	5	23 %
Otros motivos	7	32 %

Gráfico Nº 11: Razones por la consulta tardía al control perinatal de embarazadas, en el Hospital Dr: Heraclio Luna (Macachín) entre Febrero 2010 y Abril 2011.N=22

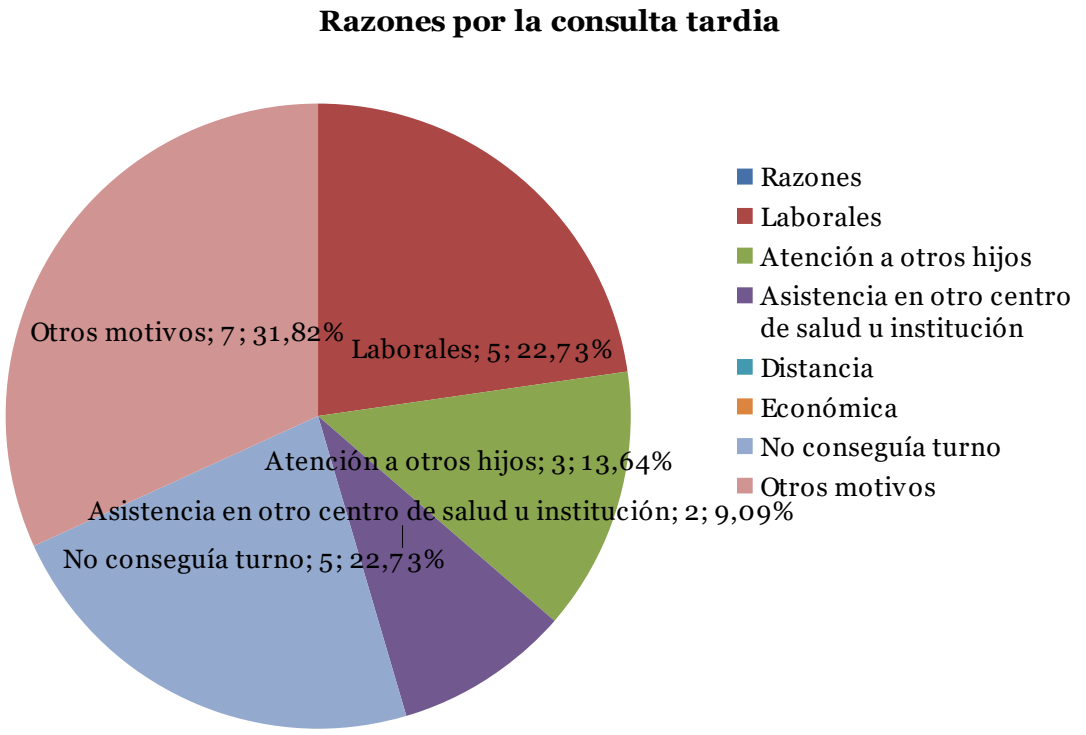


Tabla nº 11: Conocimiento de las normas perinatales de embarazadas que realizan consultas tardias en el Hospital Dr: Heraclio Luna (Macachin) entre febrero 2010 y abril 2011. N= 22

Conoce las normas	FA	FR%
SI	6	24 %
NO	16	76 %

Gráfico Nº 12: Conocimiento de las normas perinatales de embarazadas que realizan consultas tardias en el Hospital Dr: Heraclio Luna (Macachin) entre febrero 2010 y abril 2011. N= 22

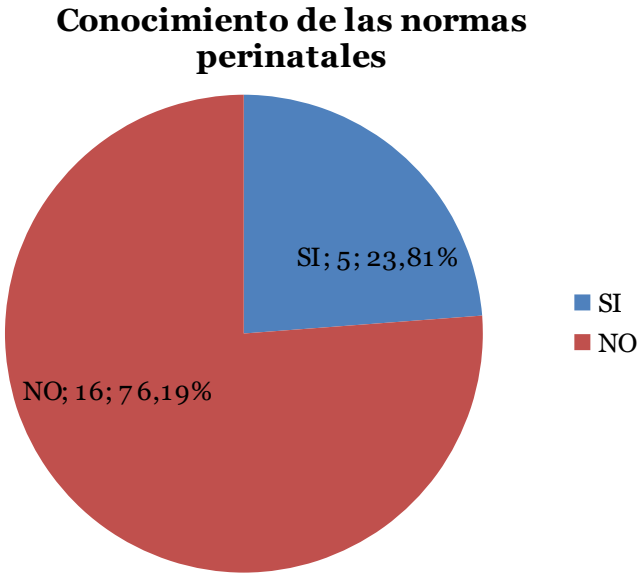
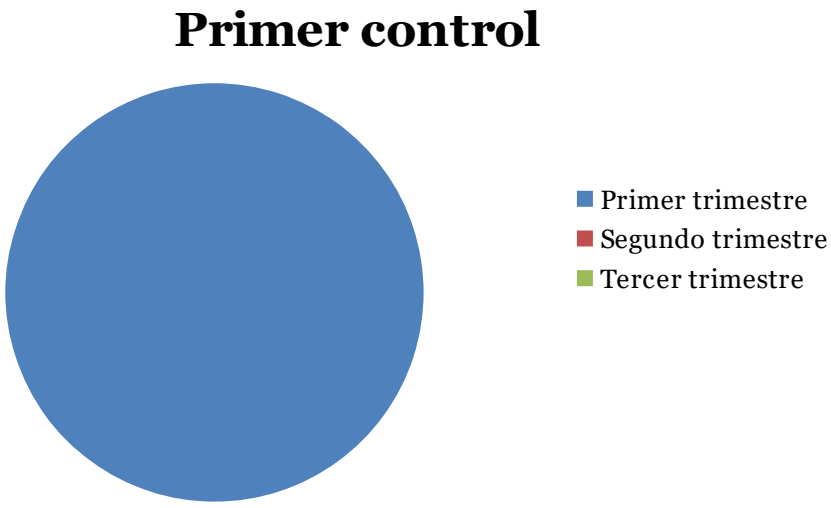


Tabla Nº 12: Conocimiento de cuando considera que debe realizarse el primer control de embarazadas que realizan consultas tardías en el Hospital Dr: Heraclio Luna (Macachín) entre Febrero 2010 y Abril 2011. N= 39

Primer control	FA	FR%
Primer trimestre	22	100 %
Segundo trimestre	0	0 %
Tercer trimestre	0	0 %

Gráfico Nº 13: Conocimiento de cuando considera que debe realizarse el primer control de embarazadas que realizan consultas tardías en el Hospital Dr: Heraclio Luna (Macachín) entre Febrero 2010 y Abril 2011. N= 39



Capítulo V

Discusión

5.1 Discusión

El control perinatal óptimo debe ser Precoz, Periódico, Completo, de Amplia Cobertura.

En el Hospital Dr: Heraclio Luna de la localidad de Macachin en una muestra de embarazadas controladas entre febrero del 2010 y abril 2011, el 44 % consultaron precozmente. El primer control perinatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control perinatal precoz y seriado, por otra parte es oportuno para detectar la embarazada de riesgo, calcular la fecha probable de parto de manera más exacta y realizar las recomendaciones del cuidado del embarazo. Es fundamental decir que en hospitales de nivel II, como es el Hospital Dr: Heraclio Luna que, solo está en condiciones de atender eficazmente al embarazo y parto de bajo riesgo, a los efectos debe realizar una derivación oportuna de la embarazada de alto riesgo.

No existieron diferencias significativas en cuanto al primer control, incluso el porcentaje de las primigestas que efectuaron un control precoz fue algo superior al de las multigestas 50 % y 44% respectivamente.

Las Barreras del Sistema de Salud que disminuyen el acceso al paciente son variadas: mala distribución de los turnos, fallas en la difusión de las normas y de la oferta de servicios, etc.

A través de la encuesta se encontraron todos los obstáculos descriptos:

- Con respecto a los motivos del control tardío el 23 % manifestó que no había conseguido turno para el control, lo que indica fallas en la organización de los turnos de control. Un 76 % de las embarazadas no conocían las normas de atención perinatal, lo que indicaría una falta de difusión de las normas por el equipo de salud.
- Con respecto a los factores de riesgo de las embarazadas que explicarían la falta de un control precoz. El 18% eran adolescentes > de 19 años. De las cuales 2 cruzaban con el primer embarazo primigesta y 3 eran primípara y secundípara No tenían unión estable el 67 % de las primigestas y el 19% de las multigestas. El 36 % no tuvieron una justificación clara. El 36 % no concurrió por motivos laborales o por la demanda de cuidado de otros hijos.

5.2 Conclusiones

Estudios realizados en la Argentina revela que la tasa de mortalidad materna registrada en el 2004 fue de 4,4 por 10.000 nacidos vivos. Las causas obstétricas directas y el embarazo terminado en aborto constituyen las principales causas de defunción materna. Se observa que una proporción importante de mujeres embarazadas llegan al parto con un número insuficiente y muchas veces tardío de controles perinatales. En función de esta situación se considera imprescindible incrementar en calidad y oportunidad los controles perinatales, sabiendo que a partir del análisis de la mortalidad según criterio de traducibilidad, el 60 % de las causas de muerte se pueden disminuir mediante acciones sencillas como el adecuado control perinatal, la atención del parto o acciones preventivas de bajo costo.[3]

A través del presente trabajo se advierte barreras en el sistema de salud que disminuyen las oportunidades para que la embarazada realice una consulta precoz y con ello se anula una de las acciones más económicas que constituyen a la disminución de la morbimortalidad materna y neonatal.

El incremento de la calidad y oportunidad sólo puede darse a través de mayor compromiso del equipo de salud en los diferentes niveles. Niveles decisores a través de políticas que refuercen el primer nivel de atención y las acciones de promoción y prevención de la salud. Niveles operativos mediante la capacitación y el compromiso con el paciente brindándole una atención de calidad lo que implica conocimiento, respeto y cuidado del paciente.

La profesión de enfermería es una de la más comprometida con el cuidado y la comunicación con la embarazada, podría llegar más con su mensaje y concientizar a las mismas de la importancia del control perinatal óptimo, especialmente la consulta durante las primeras 12 semanas de gestación.

Incentivar la promoción de la procreación responsable, previniendo posibles complicaciones y mejorar las políticas y/o estrategias institucionales de primer nivel de atención para impulsar los controles perinatales en tiempo y forma, tanto en adolescentes como en adulto , que los servicios de salud estén preparados para brindar cuidados obstétricos de emergencia de alta calidad y prevenir la morbimortalidad de el binomio madre-hijo.

Por lo tanto se realizarán afiches y folletería para todas las embarazadas y mujeres en edad de procrear con el fin de hacer conocer cuáles son las normativas de un buen control perinatal para transitar un embarazo positivo y llegar a un parto sin riesgos.

Capítulo VI

Bibliografía

6.1 Bibliografía

1. Murillo L, Miranda W. Calidad del control prenatal en el Centro de Salud Ciudad Sandino, Managua. Agosto - Octubre 2004. (Tesis).Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud; 2004. Visitado en 2009 Ene 21. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/40.pdf [Links]

2. Morales-Osorno B, Martínez DM, Cifuentes-Borrero R. Morbilidad materna extrema en la Clínica Rafael Uribe, Cali (Colombia), en el período comprendido entre enero del 2003 y mayo del 2006. Rev Colomb Obstet Ginecol 2007; 58:184-8. [Links]

3. Mortalidad Materna: Derechos Humanos, Injusticia Social y Equidad Sanitaria. Posgrado en Salud Social y Comunitaria: Equidad en salud: la situación de la mujer. Unidad 2, Pág. 71, 72, 73,74.

4. Cáceres-Manrique F (2009) El control prenatal: una reflexión urgente. Rev Colomb Obstet Ginecol vol.60 no.2, abril/junio. Bogotá.

5. Políticas y Programas de Salud para la población Materno Infantil. Programa y políticas en el marco del Plan federal: 1. Unidad 4, Pag.93, 94,99.

6. Sistema Informático Perinatal (2010) Centro Latinoamericano de Perinatología. OPS/OMS. Montevideo (Uruguay)

7. Pécora, A; Cantero, M.E.; Furfaro, K; Jancovic, M; Llompart, V (2008) "CONTROLES PRENATAL TARDIO ¿BARRERAS EN EL SISTEMA DE SALUD? Rev. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá vol 27 Nº 3, pág. 114-119. CABA. Argentina.

8. Sáez Cantero, V (2005) Embarazo y Adolescencia. Resultados Perinatales. Rev Cubana Obstet Ginecol v.31 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-agosto. Versión On-line ISSN 1561-3062.

9. Ferreira, B (2005) "Características del Control Prenatal en las Embarazadas Adolescentes" Uruguay. http://www.monografias.com/trabajos26/embarazo-adolescente/embarazo-adolescente.shtml#teorico#ixzz2Lkj3EZYS

10. Propuesta normativa perinatal (1993) Tomo 1 Atención del embarazo normal, parto de bajo riesgo y atención inmediata del recién nacido. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

11. Faúndez A: Control Prenatal. En: Obstetricia. Pérez Sánchez, A., Donoso Siña, E. Eds. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Capítulo 12 - Segunda Edición, página 156-167, 1992.

12. Prácticas Culturales: visiones del hombre y de la mujer sobre el cuerpo y la Salud. Posgrado en Salud Social y Comunitaria: Unidad 3 Pág.109.

13. Salud de la mujer. Posgrado en Salud Social y Comunitaria: Unidad 3. Pág.131, 132,133.

14. Barreras institucionales y profesionales. Posgrado en Salud Social y Comunitaria: Unidad 4 Pág. 154,155.

15. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación Propuesta normativa perinatal (Tomo1) Atención del embarazo normal, parto de bajo riesgo y atención inmediata del recién nacido. Aprobado por la Resolución nº 856 (SS), 29 de octubre de 1993.

Capítulo VII

Anexo

6.1 Libreta Sanitaria Materno Infantil

La Libreta Sanitaria Materno Infantil (LSMI) se distribuye a todas las embarazadas en forma gratuita y obligatoria (Ley 10.108) en todo el territorio de la Provincia de Buenos Aires. El modelo actual fue rediseñado en diciembre de 1994 por el Programa Materno Infantil planteándose su implementación en dos etapas

1era Etapa:

- Readecuación del contenido.
- Producción para satisfacer la demanda de partos de la Provincia.
- Organización de su distribución.

2da Etapa:

- Promoción de un uso correcto por parte de los equipos de salud.
- Orientación de la demanda de LSMI
- Readecuación del contenido:

Este instrumento contiene en sus primeras páginas la información de la Historia Clínica Perinatal (HCP) y facilita la transmisión de información considerada básica, desde el primer nivel de atención en centros de salud o en consultorios externos de barrio o del hospital y el nivel de referencia donde se atenderá el parto (hospital, clínica o sanatorio).

Permite además por medio del sistema de advertencia o alerta (casilleros sombreados), evaluar factores de riesgo predeterminados en la consulta de control o en la admisión del hospital de referencia. Facilita el volcado de los datos de la LSMI a la HCP abierta en el momento de la internación. Contiene además la Gráfica de Rosso Mardones para evaluar el grado de adecuación del peso materno según talla y edad gestacional.

Por otro lado la transcripción en la LSMI de los datos de hospitalización durante el embarazo y parto facilitan la contra referencia de la madre y el recién nacido a su centro de salud contribuyendo a un mejor conocimiento y seguimiento por parte del equipo de salud responsable.

La LSMI contiene:

- Información básica sobre la evolución del embarazo y el parto.
- Datos del nacimiento, crecimiento y desarrollo, y cuidados del niño.

La LSMI beneficia:

A los padres:

- Porque contiene recomendaciones para el embarazo y el niño.
- Porque le ayuda visualizar el estado de salud alcanzado por la embarazada y su hijo.

Al equipo de salud:

- Porque contiene información que asegura el cumplimiento del módulo básico de prestaciones perinatales.
- Porque es un excelente instrumento ambulatorio que permite la comunicación entre los diferentes niveles asistenciales (centro de salud, o consultorio, y el hospital, o clínica).
- Porque es un instrumento de garantía de calidad de atención: aquellos profesionales que aseguran las prestaciones contenidas en la LSMI y transcriben en ella la información pertinente, están brindando una atención de calidad.

Asegurar la producción de la LSMI para satisfacer la demanda de partos de la Provincia

Se trabajó sobre la base de información existente en la Provincia de Buenos Aires que refiere la producción aproximada de 250.000 nacimientos anuales. Se incrementó la producción a 300.000 LSMI anuales cubriéndose las necesidades previstas.

Organización de la distribución

Para asegurar una distribución más eficiente con un adecuado control se aplicó el modelo de Red Regional, adecuando los cupos mensuales de LSMI a entregar de acuerdo a los porcentajes de nacimientos de cada Región Sanitaria (y por lo tanto de los Municipios integrantes de la Región). Cada Secretaría de Salud Municipal debe

comprometerse a entregar este instrumento a sus efectores (Centros de Salud, Hospitales y Círculos Médicos) y de allí a sus destinatarios: toda embarazada en el momento de detectarse su embarazo. El número de LSMI producidas asegura su distribución a prestadores de los subsectores público, privado y de la seguridad social.

Promoción del uso correcto de la LSMI por parte de los equipos de salud

Desde 1994, se viene trabajando en este paso en todos los Talleres de capacitación perinatal Talleres Normativos, Talleres sobre el Periparto, Talleres sobre SIP, como en los instrumentos propuestos por el Programa Materno Infantil poniendo énfasis en cada uno de los aspectos descriptos la importancia del correcto llenado de los mismos. Se dispone de información aportada por encuestas realizadas en maternidades en donde se observa que, en la Región Sanitaria V, sobre 1410 puérperas encuestadas, sólo el 48 % recibió su LSMI durante el embarazo.

Orientación de la demanda de LSMI

Se intenta lograr que los destinatarios de la LSMI (embarazadas, padres, adultos a cargo de los niños) demanden a los servicios de salud el cumplimiento de las acciones previstas a lo largo del embarazo y los primeros años de vida del niño. Para el cumplimiento de este objetivo se desarrollan actividades con trabajadoras barriales,

promotores comunitarios, y actividades de comunicación social destinadas a sensibilizar a la comunidad sobre la importancia de la LSMI como instrumento destinado a promover acciones de prevención en esta etapa de la vida.

6.2 Organización Panamericana de la Salud (OPS)

La misión de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) no ha variado prácticamente desde su constitución oficial en diciembre de 1902. Su razón de ser radica, principalmente, en ayudar a que los países del continente americano colaboren para combatir las enfermedades, prolongar la vida y promover el bienestar físico y mental de las personas que lo habitan. Actualmente, y tras 100 años de existencia, siendo así la organización de salud pública más antigua del mundo, la OPS debe hacer frente casi a diario a las innumerables amenazas para la salud de los pueblos a los que representa.

La OPS está compuesta por científicos y técnicos expertos, quienes, bien desde la sede, en las oficinas representativas en 27 países o en sus nueve centros científicos, trabajan con todos los gobiernos del continente americano, incluyendo el área del Caribe, en programas de salud. Está formada por 35 países americanos, a excepción de Puerto Rico, que actúa en calidad de Estado asociado. Entre los miembros participantes de Europa figuran Francia, Gran Bretaña y Holanda, mientras que España y Portugal ejercen de Estados observadores.
La misión esencial de la Organización es brindar cooperación técnica a los países miembros y estimular la cooperación entre ellos, bajo el lema 'Salud para todos y por todos' que reza desde sus inicios. La OPS promueve, principalmente, estrategias de Atención Primaria dirigidas a las personas integradas en sus comunidades, y para extender los servicios de salud equitativamente a todos los individuos. Asimismo, presta ayuda a los distintos Estados para combatir enfermedades clásicas reemergentes tales como el cólera, el dengue, la tuberculosis, y otras nuevas como el sida.

Este organismo presta particular importancia a brindar a los grupos más débiles el acceso igualitario a la atención de salud de calidad, entre los que se encuentran niños, ancianos, refugiados y personas desplazadas. La OPS tiene en marcha, en este sentido, iniciativas concretas con el fin de procurar dar a las poblaciones vulnerables un acceso

equitativo al agua potable de mejor calidad y al saneamiento adecuado. Otras estrategias van encaminadas, por ejemplo, a reducir la perniciosa inequidad por razón de sexo, mediante la reducción del abuso doméstico y el suministro de información sobre salud reproductiva

Constitución de la Organización

Aunque su constitución formal lleva por fecha el 2 de diciembre de 1902, lo cierto es que esta organización comenzó a gestarse a finales del siglo XIX, una vez que se empezó a pensar en la manera de combatir las epidemias que saltaban de un país a otro a raíz del aumento del intercambio comercial mediante el movimiento marítimo. De hecho, el germen de la Organización Panamericana de la Salud se encuentra en una epidemia de fiebre amarilla que en 1870 azotó a los países de Brasil, Paraguay, Uruguay y Argentina y que, en apenas ocho años, logró propagarse a Estados Unidos, donde provocó más de 20.000 muertes a lo largo del Río Missisipi.

Años más tarde, en 1891, se celebró la quinta Conferencia Sanitaria Internacional en Washington D.C., con la participación de diez países del continente americano. Fue en este escenario cuando se comenzaría a hablar de la necesidad de contar con un organismo que centralizara las políticas sanitarias de toda América. Fueron los años en los que se empezaba también a perfilar un movimiento de cooperación interamericana, que determinó en 1890 la primera conferencia Internacional de los Estados Americanos, donde se estableció la Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas, hoy Organización de los Estados Americanos (OEA).

Precisamente, en la segunda conferencia de la OEA celebrada en México en octubre de 1901 se recomendó convocar una 'Convención general de los representantes de las oficinas de salubridad de las Repúblicas americanas' para formular acuerdos y disposiciones sanitarias y celebrar periódicamente convenciones de salud. Se designaría, a su vez, una junta ejecutiva de cinco miembros, de la que se denominaría 'Oficina Sanitaria Internacional' (la base de la actual OPS), que tendría su sede en Washington. Es así como se lleva a cabo la primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas del 2 al 5 de diciembre de 1902, con la participación de representantes de 11 países, en la que se decidió constituir la referida oficina, la cual estuvo integrada, en un principio, por siete personas, y presidida por el doctor Walter

Wyman. La reunión tuvo lugar en el Hotel Willard, en Washington, D.C., asistiendo a su celebración el entonces presidente estadounidense Theodore Roosevelt.

En un principio las funciones principales de la OPS eran la recopilación de estadísticas de salud, investigación y control de brotes de las denominadas 'enfermedades pestilentes', además de la protección de la salud pública de los países. Uno de los programas prioritarios fue la eliminación de mosquitos para evitar la transmisión de la fiebre amarilla.
Hubo que esperar, sin embargo, hasta 1924, para que la OPS comenzara a funcionar con una verdadera entidad internacional. Fue durante una conferencia mundial celebrada en La Habana (Cuba), en el marco de la firma del Código Sanitario Pan Americano, ratificado por 21 gobiernos del continente, cuando se asignó a la organización funciones de agencia coordinadora central para actividades internacionales de salud. La Oficina Sanitaria se transformó entonces en el brazo ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana, con una Constitución aprobada por su Consejo Directivo el año siguiente en Buenos Aires.

Pese a la depresión económica de los años 30 y el estallido de la Segunda Guerra Mundial, a fines de esa década, los problemas de salud de los países americanos siguieron centrando la atención de la OPS. Como resultado de las investigaciones y desarrollo durante la guerra, se aplicaron nuevas técnicas y recursos a la prevención de enfermedades.
Terminada la convulsión de la Segunda Guerra Mundial, la OPS recibió un importante impulso. Hubo un aumento considerable en su presupuesto, por lo que fue posible establecer oficinas fuera de la sede en los países con profesionales especializados en distintos campos de Salud Pública. También se crearon centros de investigación. En 1949, la OPS se convirtió en la Oficina Regional para Las Américas de la Organización Mundial de la Salud (0MS), un organismo especializado de la Organización de Naciones Unidas (ONU). Luego, en 1950, se firmó un acuerdo con la OEA mediante el cual la OPS se convertiría en organismo especializado en salud para Las Américas.

Además, en la década de los 50, se comenzó a dar atención especial a los programas de erradicación de malaria, viruela y del mosquito Aedes aegypti. Finalmente, en 1958, la XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico) cambió el nombre de

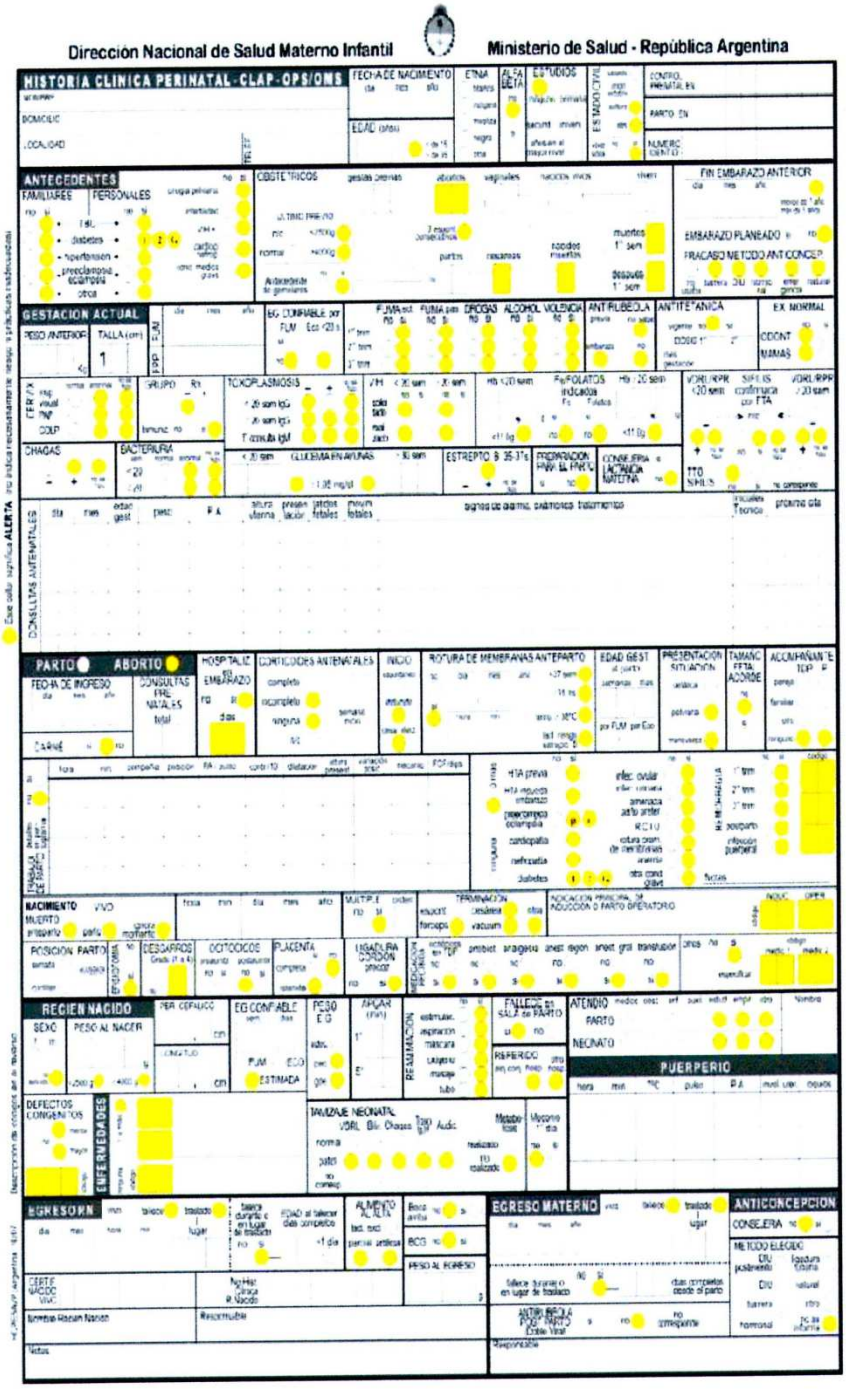
Organización Sanitaria Pan Americana (Pan American Sanitary Organization) al actual de Organización Panamericana de la Salud, OPS (Pan American Health Organization, PAHO).

Pero si en sus inicios, las funciones de la OPS se centraron en investigación y estadísticas casi de forma exclusiva, con el tiempo su actividad central se fue ampliando. En 1929, la OPS comenzó a traducir y distribuir la publicación Control of Communicable Diseases Manual (Control de las enfermedades transmisibles), que ya ha llegado a su edición número 17. Además, también editó y continúa haciéndolo publicaciones científicas, manuales de normas y de difusión de diferentes aspectos de la Salud Pública, indicadores básicos de salud de los países, como así también las actas, recomendaciones y resoluciones de reuniones representativas de los países miembros, que conciernen a problemas de salud humana y animal.

De cara al futuro, la organización se plantea como principales retos reducir la mortalidad infantil en el continente americano. Para ello, está movilizando nuevos recursos políticos, institucionales y financieros para prevenir cerca de 25.000 defunciones infantiles por año, mediante la aplicación de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. Asimismo, pretende el abastecimiento de agua potable y el saneamiento, e incrementar el acceso de los pobres a la atención de salud, con un enfoque de equidad, figurando estos objetivos entre las prioridades más altas de la OPS. La Organización está intensificando, además, sus esfuerzos para que los países conozcan el verdadero estado de salud de sus poblaciones y dónde residen las desigualdades.

ENCUESTA

Edad	
Nacionalidad	
Localidad	
Estado civil	
Escolaridad	
Paridad	
N ° de hijos	
Edad gestacional en la primera consulta	
Razones a la consulta tardía al control del embarazo	
Laborales	
Atención a otros hijos	
Asistencia previa a otro centro de salud u institución	
Distancia	
Economicas	
No conseguia turno	
Otros motivos	
Desconocimiento de las normas del control prenatal	
Cuándo considera que esta bien en llegar al primer control	**Primer trimestre** **Segundotrimestre** **Tercer trimestre**


Dirección Nacional de Salud Materno Infantil
Ministerio de Salud - República Argentina
HISTORIA CLINICA PERINATAL-CLAP-OPS/OMS
ANTECEDENTES
GESTACION ACTUAL
CONSULTAS ANTENATALES
PARTO
ABORTO
RECIEN NACIDO
PUERPERIO
EGRESO N
EGRESO MATERNO
ANTICONCEPCION