FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

SAN PATRICIO DE IRLANDA DEL NORTE.

LEY Nº 3.739

Tesina para obtener el Título de Magister en Administración Hospitalaria.

TÍTULO:

Cobertura y características de la consulta de control prenatal, en el primer nivel de atención, en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015.

Autor:

Eduardo Morinigo.

Tutor Metodológico:

Mg. Fidel Fleitas.

ÑEMBY - PARAGUAY
2.015

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

“SAN PATRICIO DE IRLANDA DEL NORTE”

LEY Nº 3.739

DEFENSA DE TESINA

HOJA DE EVALUACIÓN

Evaluadores

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Alumno: **Calificación**

1. Eduardo Morinigo. _____

“Cuando te comprometes profundamente con lo que estás haciendo, cuando tus acciones son gratas para ti y, al mismo tiempo, útiles para otros, cuando no te cansas de buscar la dulce satisfacción de tu vida y de tu trabajo, estás haciendo aquello para lo que naciste"

Gary Zukav.

-

DEDICATORIA.

A mis profesores y familia.

AGRADECIMIENTOS.

- ***A Dios, a mi familia, mis profesores y mis amigos:*** Por guiarme y proveer sabiduría en todo momento, por el apoyo incondicional y por la dedicación y comprensión durante este largo camino transitado.

Índice de Contenidos	
• **Portada.**	**I**
• **Hoja de Evaluación.**	**II**
• **Pensamiento.**	**III**
• **Dedicatoria**	**IV**
• **Agradecimientos.**	**V**
• **Resumen**	**VIII**
• **Abstract**	**IX**
1. Introducción.	**1**
1.1. Planteamiento del problema de investigación.	3
1.2. Justificación.	4
2. Objetivos.	**5**
3. Marco Teórico.	**6**
3.1. Generalidades.	6
3.2. Marco conceptual.	7
3.3. Antecedentes históricos.	9
3.4. El control prenatal.	14
3.5. Hábitos y estilos de vida durante la epata prenatal.	17
3.6. Enfermedades crónicas durante el embarazo.	21
3.7. Exámenes paraclínicos básicos del control prenatal.	22
3.8. Control prenatal según la Organización Mundial de la Salud (OMS).	24
3.9. Embarazo gemelar.	34

3.10. Natalidad en Paraguay.	36
3.11. Atención prenatal en atención primaria de la salud en Paraguay.	37
3.12. Situación del derecho a la salud materna, infantil y adolescente en Paraguay.	40
4. Diseño Metodológico de la Investigación.	**41**
4.1. Tipo de Estudio.	41
4.2. Universo de estudio.	41
4.3. Muestra.	41
4.4. Obtención y procesamiento de los datos.	41
4.5. Análisis y discusión de los datos.	41
4.6. Conclusión.	41
5. Análisis y discusión de los resultados.	42
6. Conclusiones.	**48**
7. Recomendaciones.	**50**
8. Referencias Bibliográficas.	**51**
9. Anexos.	**53**

RESUMEN.

El bienestar de la mujer antes, durante y después de los embarazos, está condicionado en gran medida por su entorno y tiene impacto directo sobre sus hijos. El bienestar con la pareja, con el entorno familiar y social resultan fundamentales para alcanzar los mejores resultados perinatales. La elección del mejor momento para iniciar un embarazo, teniendo en cuenta la importancia del intervalo intergenésico, requieren del intercambio de información que es propio de la consulta preconcepcional. Con el presente trabajo se tiene el objetivo de analizar la cobertura y características de la consulta de control prenatal, en el primer nivel de atención, en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015. El estudio realizado es de carácter descriptivo, analítico, retrospectivo, con metodología cualitativa y cuantitativa. Se tomó como muestra 43 pacientes que acudieron a la consulta de control prenatal, en el primer nivel de atención, en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10. La cobertura de salud de la consulta de control prenatal, en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10 se extiende ampliamente a las zonas más alejadas dentro del área de estudio siendo que la mayoría de las pacientes estudiadas procedían de áreas rurales. Un nivel educativo medio-alto por parte de las pacientes es un factor que contribuye a una mayor asistencia de las embarazadas a las consultas prenatales durante el embarazo. La mayoría de las pacientes estudiadas no habían tenido hijos anteriormente o esta era la segunda vez que transcurrían por un proceso de embarazo. Las tres cuartas partes de las mujeres estudiadas asistieron a sesiones de consejería a través de la consulta prenatal. La totalidad de las mujeres se realizaron los exámenes de VDRL y VIH mientras que solamente una pequeña fracción de la muestra de estudio se realizó el Papanicolaou (PAP). La mayoría de las pacientes estudiadas estuvieron dentro de los parámetros normales de peso durante la evaluación del estado nutricional de las mismas, teniendo en cuenta los valores de referencia considerados para mujeres embarazadas.

ABSTRACT.

The welfare of women before, during and after pregnancy is largely conditioned by their environment and has direct impact on their children. The club with the couple, with the family and social environment are essential to achieve the best perinatal outcomes. Choosing the best time to start a pregnancy, taking into account the importance of birth interval, require the exchange of information that is unique to the preconception consultation. With the present work aims to analyze the coverage and characteristics of prenatal care in the first level of care, the Health Unit of Families (USF) of San Rafael km. 10 for the period from April to June 2015. The study is descriptive, analytical, and retrospective, with qualitative and quantitative methodology character. It was sampled 43 patients who attended the prenatal care in the first level of care, the Health Unit of Families (USF) of San Rafael km. 10. Health coverage of prenatal care in the Health Unit Family (USF) of San Rafael km. 10 is widely extends to the most remote areas within the study area with the majority of the patients studied were from rural areas. A medium-high educational level by the patients is a factor contributing to increased attendance of pregnant women to prenatal visits during pregnancy. Most of the patients studied had not had children previously and this was the second time that passed through a process of pregnancy. Three quarters of the women studied attended counseling sessions through prenatal visit. All the women and VDRL tests were conducted HIV while only a small fraction of the study sample the Papanicolaou (PAP) was performed. Most of the patients studied were within the normal parameters of weight during the evaluation of the nutritional state of the same, taking into account the reference values considered for pregnant women.

1. INTRODUCCIÓN.

El objetivo de realizar una consulta en la etapa preconcepcional es lograr el mejor estado de salud posible de los futuros padres, a fin de alcanzar el embarazo en las mejores condiciones. Se deberán prevenir, diagnosticar y tratar las afecciones que puedan afectar a la futura gestación, evitándolas o disminuyendo su impacto, en la medida de lo posible.

Las acciones propuestas se basan en la perspectiva de prevención y en la estrategia integral de Atención Primaria de la Salud. La comunicación y el flujo de información entre el profesional a los pacientes es clave.

El bienestar de la mujer antes, durante y después de los embarazos, está condicionado en gran medida por su entorno y tiene impacto directo sobre sus hijos. El bienestar con la pareja, con el entorno familiar y social resultan fundamentales para alcanzar los mejores resultados perinatales.

En este contexto, se jerarquiza la etapa reproductiva de la vida de la mujer, tanto para ella misma como para su familia y la sociedad en su conjunto.

La elección del mejor momento para iniciar un embarazo, teniendo en cuenta la importancia del intervalo intergenésico, requieren del intercambio de información que es propio de la consulta preconcepcional.

Es sabida la importancia de las primeras semanas del embarazo. Se trata del período de embriogénesis, del desarrollo de los órganos que sustentarán futuras funciones, del cierre del tubo neural, entre muchas otras adquisiciones. Resulta, pues, fundamental anticipar acciones para transitar esta etapa en las mejores condiciones posibles.

Pese a lo expuesto, la primera consulta no suele ser tan temprana. Lo más frecuente es que los controles se inicien a mediados del 1º trimestre, cuando ya transcurrió la casi totalidad del desarrollo embrionario, perdiéndose así la oportunidad de realizar intervenciones cuya eficacia está sustentada en la mejor evidencia científica disponible.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

Los bebés en situación de riesgo para su desarrollo son aquellos que, debido a un determinado número de factores o circunstancias, tienen una mayor posibilidad de presentar algún tipo de deficiencia o alteración en su capacidad de comunicación, motriz, sensorial, cognitiva, afectiva, de conducta o una mezcla de ellas.

Dentro de los factores de riesgo más importantes, existen tres períodos clave: el período prenatal, el perinatal y el postnatal.

Hay que destacar que hay factores que se pueden encontrar en las tres etapas, por lo que aquellos niños en los que se combinan los factores biológicos y ambientales son los que se encuentran en mayor riesgo de tener problemas evolutivos en comparación con los que tienen sólo un tipo de factores.

La mayoría de los factores de riesgo que nos encontramos en la etapa prenatal tienen que ver con la salud y costumbres de la madre, siendo el ambiente del niño en el útero crítico para su desarrollo.

Todas las mujeres necesitan cuidados prenatales, ya sean jóvenes o mayores, madres primerizas o madres que ya van por su quinto bebé, los cuidados prenatales regulares durante el embarazo son un beneficio para todas las futuras mamás. Las mujeres que reciben cuidados regularmente durante el embarazo tienen bebés más sanos, tienen menos probabilidades de tener un parto prematuro, y tienen menos probabilidades de tener otros problemas serios relacionados al embarazo.

1.2. JUSTIFICACIÓN.

El cuidado prenatal es más que solamente los cuidados de la salud durante el embarazo. Este incluye las consultas con su proveedor de atención de salud y las pruebas prenatales. El cuidado prenatal puede ayudar al bebé y a la madre a mantenerse sanos. También permite al doctor prevenir y descubrir posibles problemas de salud antes, cuando el tratamiento es más efectivo. El tratamiento temprano puede curar muchos problemas y prevenir otros.

El conocimiento de la evolución de la atención al embarazo, sus aciertos y errores permitirán reorientar la atención óptima de la madre y del niño con el propósito de disminuir su mortalidad.

En la atención prenatal debe de intervenir la familia, en especial el padre, e incorporar a las parteras, y enfermeras, principalmente en embarazos de bajo riesgo.

La salud de la madre y el niño está contemplada en este momento como una prioridad de orden mundial, su situación de salud y desarrollo son indicadores de las condiciones de vida de la población de un país.

Con el trabajo se pretende además contribuir al conocimiento de los hechos, propiciar una discusión de todos y cada uno de los integrantes del equipo de salud para mejoramiento del proceso de análisis de la salud materno-infantil.

2. OBJETIVOS.

2.1. OBJETIVO GENERAL:

- Analizar la cobertura y características de la consulta de control prenatal, en el primer nivel de atención, en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar las características demográficas de las pacientes que acudieron a la consulta prenatal de la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015.
- Conocer los exámenes realizados a las mujeres que acudieron a la consulta prenatal de la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015.
- Conocer el estado nutricional de las mujeres que acudieron a la consulta prenatal de la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015.
- Determinar los métodos anticonceptivos más frecuentes usados por mujeres que acudieron a la consulta prenatal de la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015.

3. MARCO TEÓRICO.

3.1. Generalidades.

El control prenatal se define como el cuidado que proporciona el equipo de salud a la mujer gestante, con el objeto de garantizar las mejores condiciones de salud para ella y el feto durante la gestación y, posteriormente, una óptima atención del parto.

Esta actividad debe ser una responsabilidad de carácter institucional, a través de un grupo pequeño y estable de profesionales de la salud, adecuadamente capacitado, que le preste una atención directa a la gestante; que permita integrar la atención brindada antes del embarazo con la actual, durante la gestación, y luego con el parto y el posparto.

Las acciones básicas que incluye el control prenatal son la identificación del riesgo, la prevención y manejo de las enfermedades asociadas y propias de la gestación, la educación y la promoción en salud.

Los objetivos básicos del control prenatal, que busca la atención integral de la gestante y la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal, son facilitar el acceso de todas las gestantes a los servicios de salud para su atención.

Promover el inicio temprano del control prenatal, siempre antes de las 8 semanas de gestación; y la asistencia periódica de la gestante a este programa, hasta el momento del parto. Identificar tempranamente los factores de riesgo biopsicosociales, y las enfermedades asociadas y propias en la gestante para una atención adecuada y oportuna. Dar una atención integral a la mujer embarazada de acuerdo a sus condiciones de salud, articulando de manera efectiva los servicios y niveles de atención en salud de los que se disponga. Educar a la mujer gestante y

su familia acerca del cuidado de la gestación, la atención del parto y del recién nacido, la lactancia materna y la planificación familiar.

La atención integral de la mujer gestante de bajo riesgo durante el control prenatal debe ser realizada en conjunto por el médico general y la enfermera; y en caso de detectarse alguna anormalidad, la paciente deberá ser remitida al obstetra para valoración. No se ha demostrado que mejore la calidad de atención en este grupo de pacientes si el cuidado primario es realizado directamente por el obstetra.

La frecuencia del control prenatal tiene en cuenta las características particulares de la atención en salud en el país en cuestión, sin desconocer otros modelos de atención propuestos con un menor número de consultas, se recomiendan hasta 5 controles prenatales, sin diferencias significativas con relación al resultado materno y perinatal, aunque con un posible menor grado de satisfacción de las gestantes respecto de la atención prestada.

3.2. Marco conceptual.

- **Prenatal:** Prenatal es un concepto que se utiliza para nombrar a aquello que surge o que tiene existencia desde instancias previas al nacimiento. El término se forma con la unión del prefijo pre (referente a lo que antecede) y el adjetivo natal (vinculado al nacimiento).
- **Control prenatal:** Se entiende por control prenatal, a la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con los 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.
- **Control puerperal:** Es el período en el que se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar

paulatinamente, todas las modificaciones gravídicas. Esto se logra mediante un proceso involutivo, que tiene como fin restituir estas modificaciones a su estado pregrávido. Este período se extiende convencionalmente hasta 45-60 días del pos parto.

- **Atención Primaria de Salud:** La atención primaria de salud (siglas: AP o APS), según la definición dada en la Declaración de Alma-Ata, aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la siguiente:

  ... Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

- **Tasa bruta de natalidad:** Expresa la frecuencia con que ocurren los nacimientos en una población durante un determinado periodo. Se calcula como el cociente entre el número de nacimientos ocurridos y registrados en un determinado periodo y la población media de ese mismo periodo.

3.3. Antecedentes históricos.

La salud de la madre y el niño está contemplada en este momento como una prioridad de orden mundial, su situación de salud y desarrollo son indicadores de las

condiciones de vida de la población de un país. Como las acciones emprendidas para el mejoramiento de la salud madre-hijo se encuentran todas aquellas concernientes a los cuidados durante el embarazo.

La atención del embarazo es un proceso socio histórico, por lo que se requiere conocer y actuar sobre la realidad del presente a partir de un análisis del pasado y de sus circunstancias sociales.

Es un hecho indiscutible el aporte en la disminución de los índices de morbimortalidad que se generan a partir del otorgamiento de servicios institucionales de cuidado al embarazo. Para poder mejorar su accesibilidad, calidad, oportunidad y eficacia, se tendrán que conocer y analizar aspectos relacionados con los servicios, que hasta ahora, han sido poco abordados desde la perspectiva histórica y la salud pública.

Tal es el caso de los cambios surgidos en la atención del embarazo, tipo de prestador e institucionalización del servicio de atención a lo largo del tiempo.

Aunque no se sabe con exactitud los orígenes de la atención del embarazo, Hall refiere que surge como una necesidad de tener infantes saludables para contar con soldados en condiciones para la guerra, trabajo en el campo y en las fábricas.

Los primeros hechos en torno a la atención de la embarazada, se remontan a los inicios de la raza humana, su atención, ha variado a lo largo de la historia y frecuentemente se concibe en un entorno lleno de mitos y tabúes.

Los patrones culturales tradicionalmente han asignado a las mujeres el rol de curanderas, y ellas han sido quienes se han encargado de la atención del parto, la cual se realizaba en la casa de la embarazada y se encuentran referidos en

múltiples registros, pero nada o muy poco se encuentra escrito sobre los cuidados durante el embarazo.

Entre los documentos más antiguos que refieren aspectos relacionados con estos cuidados, están los escritos chinos, que recomendaba a la embarazada, evitar comida abundante y ejercicio excesivo. En India, se establecieron ciertas reglas sobre la alimentación, bebidas, ejercicio, ropa y la recomendación de tener compañía de personas alegres.

Fray Bernardino de Sahagún relata cómo en el momento en que la joven se embarazaba avisaba a sus padres. Esto era motivo de alegría, se organizaba una reunión y al término de ésta, un anciano por parte del esposo dirigía unas palabras anunciando la nueva. El anciano se dirigía a la joven preñada con palabras tiernas y después a ambos esposos, aconsejándoles de cómo deberían comportarse.

A los 7 u 8 meses volvían a reunirse en casa de los padres de la joven para comer y beber, con el fin de conocer a la partera que había de intervenir en el parto. Se escogía una pariente del joven para que se encargase del parto a quien la partera comentaba haciendo ver que ella aunque médico y partera no sabía si su conocimiento era suficiente para traer al mundo al nuevo ser.

Acto seguido calentaba el temascal y lo colocaba en el vientre de la joven para ver en que posición venía el niño y le daba indicaciones; que no ingiriera mucha sal o estuviera cerca del fuego para que no se tostara el niño, que no durmiera de día para que no sacara la cara deforme; que no viera nada rojo, para que no naciera de lado, que no ayunara ni comiera tierra; que los primeros meses fuera acomedida con su marido, esto tendría que velar al acercarse el momento del parto, de no ser así el niño nacería con una viscosidad blanca que le originaría problemas al nacer.

La Tlamatquiticitl, era la partera entre los Aztecas. Su función era relevante, ya que contaba con un prestigio diferente al de las demás mujeres. Tenía la categoría de sacerdotisa, de socializadora, de consejera en asuntos matrimoniales y de educadora en salud.

Los habitantes del México antiguo en términos generales, concebían a la enfermedad como un fenómeno dual, dependiente del propio individuo y de las influencias metafísicas y físicas del medio en que habitaban. Como parte de esas creencias tenemos a la diosa del maíz, de la medicina y de las hierbas medicinales (Centeotl), a la que adoraban "... los médicos y cirujanos, los sangradores y parteras...".

Esta influencia metafísica se observaba también entre los Nahuas. Los niños que morían se consideraban que eran amados de dios, quien les daba por residencia la casa de "Tonacatecutli", y si el fallecimiento acaecía en los primeros meses de vida, cuando los infantes aún mamaban, iban a la primera mansión celestial, "Chichihaucuauco", de cuyas frondosas ramas goteaba leche que les servía de alimento. También existía la creencia de que las mujeres que morían a consecuencia de su primer parto se transformaban en diosas.

En la cultura Náhuatl los cuidados a la mujer embarazada y al niño tuvieron un lugar preponderante, aunque no se describe con exactitud en que consistían estos.

En la época colonial (siglo XVI), la cultura estaba impregnada y la población comprometida con los problemas de fertilidad y de sexualidad. En esta época hubo múltiples protestas contra la abolición de la poligamia y la práctica del matrimonio entre indígenas de corta edad. Por otra parte, este grupo sufría las consecuencias de los problemas de esa época.

Partos, abortos e infanticidios, se registraban en varias regiones; en Michoacán, por ejemplo, se afirmaba que un brujo indujo a una multitud de indios al suicidio. Alonso de Zorita supo de muchos casos de suicidios para escapar al pago de tributos exagerados y también cita numerosos abortos y negativas de procrear entre los indios mixes y chontales.

En el occidente de México, Lebrón de Quiñones nos dice que a las mujeres indígenas se les prohibía procrear o buscaban el aborto para asegurar la rápida desaparición de la tribu. Es por esto que el decrecimiento de la población y la definición formal de la vida colonial aparecían relacionados.

La atención prenatal inicialmente fue proporcionada por parteras y enfermeras, pero el médico fue tomando el control en el transcurso del tiempo. La atención prenatal pasó de la partera que atendía a la embarazada en su hogar, al consultorio del médico y el parto se cambió a nivel hospitalario.

Se pasó de tener una visión del embarazo como una etapa normal y vinculada íntegramente al proceso de la vida, a la de ver el embarazo como un proceso médico prioritariamente de orden biológico y desvinculada de los cuidados de enfermería y mucho menos de una partera.

Es claro que los beneficios de la atención prenatal se han obtenido a través de varios cambios en la atención médica que históricamente se han realizado, así el avance científico ha contribuido a la disminución de la mortalidad fetal, sin embargo debe de evaluarse adecuadamente su manera de concebirla y normarla, sus formas y procedimientos de implementación, tomando en cuenta la situación desigual de las necesidades en cada lugar, el acceso inequitativo a los servicios de salud, y la utilización de la medicina tradicional.

Además es importante considerar el uso y abuso de la tecnología médica en la atención de la embarazada.

Es importante reconocer el papel que han venido desarrollando las parteras y enfermeras, por lo que es conveniente evaluar de qué manera se puede optimizar su participación en la atención prenatal y en la atención del parto en embarazos de bajo riesgo. Se ha demostrado que la disminución de las visitas prenatales no complica el resultado del embarazo, ni el incremento de estas visitas lo mejora.

Por otra parte la atención domiciliaria está volviéndose a poner de moda principalmente en Europa donde se está incrementando su utilización. Por lo que debe reevaluarse el lugar de la atención, la persona que proporciona esta atención, el contenido de las visitas de atención del embarazo, los momentos más oportunos, el personal adecuado para hacerla y sobre todo la calidad de la atención de la misma.

La atención del embarazo se encuentra inmersa en la evolución histórica de los conceptos epidemiológicos, de los conocimientos médicos existentes y de la tecnología médica disponible. El conocer la evolución de las etapas recorridas, sus aciertos y errores permitirán reorientar la atención óptima de la madre y del niño, con el propósito de disminuir su mortalidad. Por lo que se insiste en la necesidad de comprender a los servicios de salud como parte de un proceso socio histórico que señala las direcciones a tomar en el cuidado del control prenatal y se hagan propuestas de cambio en políticas de salud: en las cuales se deben abordar criterios de atención prenatal con la participación familiar y en especial la participación del padre, así como la incorporación de parteras dentro de los programas de salud, principalmente en embarazos de bajo riesgo.

Por otra parte se pueden atender partos en el domicilio de la embarazada que disminuiría la ocupación hospitalaria y reduciría el estrés en embarazadas que así lo deseen. Se debe de incrementar las acciones de tipo educativo que propicien en la mujer una toma de decisiones de manera informada, responsable sobre su salud, para que de esta manera se mejore el esquema de autoatención.

Se deben tomar en cuenta todos aquellos programas de cuidados y atención prenatal que se lleven con participación comunitaria y la valoración de la posible participación de Organismos no Gubernamentales y grupos de autoayuda en la atención y cuidado prenatal.

3.4. El control prenatal.

Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

- **Precoz:** La primera visita debe efectuarse tempranamente, en lo posible durante el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además, torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir.
- **Periódico:** La frecuencia de los controles prenatales varía según el grado de riesgo que presenta la embarazada. Para la población de bajo riesgo se requieren 5 controles.
- **Completo:** Los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

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

El Control Prenatal tiene los siguientes objetivos:

- Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y la crianza.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
- Vigilar el crecimiento y vitalidad del feto.
- Detectar y tratar enfermedades maternas clínicas y subclínicas.
- Aliviar molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- Preparar a la embarazada física y psíquicamente para el nacimiento.

En general, para realizar un control prenatal efectivo no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados, ni un laboratorio sofisticado; pero sí requiere el uso sistemático de una Historia Clínica que recoja y documente la información pertinente y el empleo criterioso de tecnologías sensibles que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor al esperado.

El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos, oportunidad y diferenciado acorde al riesgo contribuye positivamente a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva.

Para toda mujer embarazada debe realizarse la identificación de factores de riesgo asociados a la embarazada y que pueden poner en riesgo el desarrollo del feto, entre estos se pueden mencionar: Condiciones socio-demográficas, antecedentes

obstétricos, patologías del embarazo actual y patologías maternas previas al embarazo.

3.5. Hábitos y estilos de vida durante la epata prenatal.

Actividad física: La realización de ejercicio físico es adecuada y no está contraindicada. Por regla general, el ejercicio y los deportes son saludables, ya que producen bienestar físico y psicológico. El ejercicio aeróbico es conveniente durante la gestación para fortalecer los músculos y activar la circulación venosa. Las actividades físicas recomendadas son: caminatas no extenuantes y ejercicios para fortalecer la musculatura pélvica y dorso lumbar. Todas ellas deberán estar acompañadas por una adecuada hidratación.

Nutrición: La futura madre debería conocer su peso habitual y llegar al embarazo con un peso adecuado a su contextura. La desnutrición durante el embarazo se asocia a prematurez, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), mortalidad perinatal y defectos del tubo neural.

Por otro lado, la obesidad se asocia con diabetes, hipertensión y macrosomía fetal, la cual también aumenta el riesgo perinatal.

Durante la adolescencia, el problema del déficit de nutrientes adquiere especial importancia pues, en caso de producirse un embarazo, los requerimientos son mayores a los de una mujer adulta.

Es oportuno realizar campañas informativas que prioricen el valor nutricional de la alimentación, previo y durante la gestación, reforzando el uso de alimentos ricos en nutrientes. La evidencia actual demuestra que más de la mitad de los casos de defectos del tubo neural podrían haber sido evitados si la madre hubiera consumido

suficiente Ácido Fólico por lo menos un mes y medio antes del embarazo y hasta cumplidos los primeros 28 días del embarazo, momento en que embriológicamente hay evidencia de que el tubo neural ha cerrado, si bien la recomendación de ingesta de Ácido Fólico se extiende con un margen de seguridad hasta las 12 semanas para prevención de este grupo de patologías neurológicas.

A nivel individual, se recomienda el uso preconcepcional de:

- 0,4 mg/día de Ácido Fólico, para prevenir la ocurrencia de defectos de tubo neural.
- 4 mg/día de Ácido Fólico, para prevenir la recurrencia en mujeres con antecedentes de niños con malformaciones del tubo neural.

Debido a la importancia que esta vitamina tiene para el correcto crecimiento del feto, se recomienda la suplementación rutinaria de Ácido fólico oral durante todo el embarazo.

En términos poblacionales, la fortificación de alimentos de consumo masivo con Hierro y folatos, como las harinas, ha demostrado ser una intervención nutricional altamente costoefectiva.

Tabaco: El consumo de tabaco materno así como también la exposición al humo de tabaco ambiental, afectan tanto al feto como a la madre. Las mujeres fumadoras tienen mayor riesgo de complicaciones obstétricas (placenta previa, aborto, espontáneo, parto prematuro) y complicaciones del feto y recién nacido (bajo peso al nacer, aumento de la mortalidad perinatal).

Las mujeres que dejan de fumar antes o durante el embarazo, no solo mejoran su salud en general sino que reducen su riesgo de ruptura prematura de membranas, embarazo pretérmino y bajo peso del recién nacido.

Por esto, dejar de fumar durante el embarazo es una enorme oportunidad para mejorar la salud de la mujer fumadora. Estudios en distintos países muestran que, en general, el consumo de tabaco en el embarazo se asocia con algunos factores socio-demográficos como: menor nivel socioeconómico, menor educación, ser madre soltera y tener una pareja fumadora. También se observa que existe un sub-registro ya que los médicos no preguntan correctamente (generalmente usan opción sí/no en lugar de opción de respuestas múltiples), las madres "esconden" el consumo y normalmente no se corrobora con laboratorio.

Los profesionales de la salud deben aprovechar cada consulta para averiguar si la mujer fuma o está expuesta al humo de tabaco y para brindar el consejo consistente de que "dejar de fumar es lo mejor que puede hacer por su salud y la de su recién nacido". Evitar dar la opción de "menos de 5 cigarrillos por día está bien" la meta es ningún cigarrillo.

Es importante incorporar el consejo también luego del embarazo ya que se observa que un alto porcentaje de fumadoras que dejó durante el embarazo suele volver a fumar enseguida después del parto.

Además, dada la importancia fundamental de la lactancia materna y los beneficios que le aporta al recién nacido, el consumo de tabaco no es una contraindicación para ésta. Existen algunas medidas higiénicas que se pueden tomar para que las mujeres fumadoras puedan amamantar a pesar de no haber dejado de fumar. Estas

incluyen dejar pasar media hora desde el último cigarrillo, lavarse bien las manos y colocar un lienzo limpio entre el bebé y la ropa materna.

Consumo de alcohol: El consumo excesivo de alcohol antes del embarazo es desaconsejable. Durante la gestación, el alcohol debe evitarse en forma absoluta. Se asocia con muerte intrauterina, restricción en el crecimiento pre y postnatal, bajo peso al nacer, alteraciones del sistema nervioso central y de la conducta.

El consumo excesivo de alcohol, en particular en el primer cuatrimestre de la gestación, se asocia con malformaciones fetales. Puede ser responsable de un cuadro de retardo mental, aun en ausencia de malformaciones fetales reconocibles al nacimiento.

Las campañas de educación son de extrema importancia, ya que no existe la noción de este riesgo en la población.

Consumo de drogas: Cocaína, heroína, metadona, anfetaminas, marihuana, etc. son drogas que se asocian con retardo de crecimiento intrauterino y muerte perinatal. Las mujeres que consumen drogas ilegales deben ser informadas sobre los daños que éstas producen en su descendencia y su propio organismo.

Fármacos: El uso habitual de fármacos debe ser evaluado, ya que existen sustancias que deben desaconsejarse por completo en este periodo.

Hábitos laborales y ambientales: La realización de trabajos pesados, la utilización de plaguicidas y solventes orgánicos, y el contacto con material radioactivo deben ser prohibidos durante la gestación.

3.6. Enfermedades crónicas durante el embarazo.

Aproximadamente entre el 15% y el 20% de las madres tienen problemas médicos antes del embarazo que deben ser corregidos o controlados.

- **Hipertensión crónica:** Es una de las complicaciones más frecuentes. Cuando se planea el embarazo, es el momento de modificar el tratamiento para evitar los efectos teratogénicos de algunas drogas (Ejemplo: Enalapril, Losartan).
- **Diabetes mellitus:** La prevalencia estimada es entre 0,5% a 1,5%. Una forma de reducir la incidencia de los defectos congénitos es con un control de los niveles de glucosa antes de la concepción y durante el primer trimestre del embarazo. Para conocer el nivel metabólico es útil determinar el nivel de Hemoglobina glicosilada, ya que si éste es elevado, indica pobre control metabólico y alto riesgo de malformaciones congénitas.
- **Anemia:** Se recomienda realizar el tratamiento acorde al diagnóstico etiológico tanto por deficiencia de hierro como por falta de Ácido fólico.
- **Patología uterina:** La pesquisa sistemática del carcinoma cervical se hará por el método de Papanicolaou. Las miomatosis importantes, malformaciones uterinas y tumores de ovario deben ser evaluados y eventualmente tratados.
- **Carcinoma de mama:** Se debe realizar un examen clínico de las mamas y enseñar el auto examen mamario, el cual es más difícil de aprender durante el embarazo por las modificaciones que se producen en la glándula. La mamografía como tamizaje no es recomendada antes de los 50 años.
- **Epilepsia:** La medicación anticonvulsivante presenta riesgo teratogénico. Por este motivo, lo conveniente es la evaluación por un médico neurólogo a fin de

evaluar la necesidad y tipo de medicamento que la paciente requiera. Debe tenerse en cuenta que este tipo de medicación es empleada frecuentemente también en enfermedades psiquiátricas, por lo cual corresponde igual recomendación.

- **Enfermedades tiroideas:** Tanto el hipotiroidismo como el hipertiroidismo deben ser adecuadamente controlados antes del embarazo, dado que pueden afectar su evolución (descompensación de la enfermedad materna, afectación fetal).
- **Otras enfermedades crónicas:** Patologías tales como el Lupus eritematoso sistémico, la Dermatomiositis o la Miastenia gravis pueden también modificar su evolución durante el embarazo, así como comprometer gravemente la salud fetal. En estas situaciones es necesario el trabajo interdisciplinario e informar a la futura gestante sobre los cuidados y posibles riesgos asociados.

3.7. Exámenes paraclínicos básicos del control prenatal.

A continuación se hace una descripción de los exámenes paraclínicos básicos recomendados para toda gestante en su control prenatal. De acuerdo al criterio médico, podrán solicitarse exámenes adicionales si las condiciones de salud de la paciente o el feto lo ameritan:

Hemoglobina – hematocrito. Es necesario garantizar una concentración de hemoglobina mayor o igual a 11 mg/dl durante el embarazo para asegurar un adecuado aporte de oxígeno al feto, y al final de la gestación, para una mejor tolerancia de la madre al sangrado durante el parto.

Hemoclasificación. La hemoclasificación se debe solicitar en el primer control prenatal, para la identificación de las mujeres Rh negativas (15% de la población). A

estas pacientes se les ha de solicitar en el primer control la prueba de Coombs indirecto. Si la prueba es negativa, en caso de ser el padre Rh positivo o no conocerse su serotipo, deberá solicitarse nuevamente la prueba en la semana 28 y en el momento del parto. Si la prueba es negativa, se recomienda en estos dos momentos la colocación a la mujer de 300 mg de la inmunoglobulina anti-D, vía intramuscular. En caso de que el resultado de la prueba sea positivo, habrá que ser manejada como una paciente isoinmunizada.

Detección de sífilis. La sífilis congénita continúa siendo un problema de salud pública, observándose un aumento progresivo de los casos desde el año 2000. Por ser una enfermedad de fácil diagnóstico y eficaz tratamiento se recomienda la realización a toda mujer embarazada de una prueba no treponémica al inicio del embarazo y otra en el momento del parto, tipo VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) o RPR (Rapid Plasma Reagin). Todo valor positivo requiere ser estudiado a fin de descartar la enfermedad.

Detección de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV). Debe ofrecérsele a toda las gestantes la prueba de tamizaje para HIV al inicio del embarazo, porque un adecuado tratamiento disminuye la probabilidad de transmisión vertical de la infección al feto, de un 15-45 al 1-2 por ciento.

Detección de la infección por hepatitis B. Ha de brindársele a toda las gestantes la prueba de tamizaje con el antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) al inicio del embarazo, puesto que la inmunización temprana del recién nacido disminuye la probabilidad de transmisión vertical de la infección al feto; por ejemplo, el riesgo de transmisión vertical de la infección en madres con una antígeno e positivo desciende del 85 al 2,4 por ciento.

Detección de la diabetes gestacional. La prueba de tamizaje de elección es el test de O'Sullivan (la glicemia a la hora poscarga de 50 gr de Glucosa, previo ayuno de 2 horas), a toda paciente con un valor mayor o igual a 130 mg/dl debe realizársele una prueba diagnóstica para confirmar o descarta la enfermedad.

La prueba se indica a todas las gestantes entre las semanas 28 a 32 de gestación, y antes, en la primera consulta prenatal a las pacientes consideradas de alto riesgo para diabetes, como la paciente obesa (con un índice de masa corporal mayor a 30 kg/m^2), con antecedentes de un bebé con un peso mayor o igual a 4.500 gr o diabetes gestacional previa, o una historia familiar con parientes en primer grado de diabetes.

3.8. Control prenatal según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La mayoría de los modelos de control prenatal actualmente en uso en el mundo no han sido sometidos a una evaluación científica rigurosa para determinar su efectividad. A pesar del amplio deseo de mejorar los servicios de cuidados maternos, esta falta de evidencia ha impedido la identificación de intervenciones efectivas y, por lo tanto, la asignación óptima de recursos. En los países en desarrollo, la implementación de los programas de control prenatal rutinarios frecuentemente ha sido deficiente y las visitas clínicas son irregulares, con largos tiempos de espera y una mala respuesta en el cuidado de las mujeres.

Las preocupantes estadísticas de morbimortalidad materna y perinatal en los países en desarrollo reflejan las consecuencias de no brindar un buen cuidado materno y perinatal. Tradicionalmente, en los países en desarrollo se han recomendado programas de control prenatal (CPN) siguiendo los lineamientos de los programas que se usan en los países desarrollados, incorporando sólo

adaptaciones menores de acuerdo con las condiciones locales. Muchos de los componentes de estos programas prenatales no han sido sometidos a una rigurosa evaluación científica para determinar su efectividad.

A pesar del amplio deseo de mejorar los servicios de cuidados maternos, esta falta de evidencia sólida ha impedido la identificación de intervenciones efectivas y por lo tanto la asignación óptima de recursos.

En los países en desarrollo, estos programas frecuentemente son mal implementados y las visitas a las clínicas pueden ser irregulares, con largos tiempos de espera y una mala respuesta en el cuidado de las mujeres.

Es importante destacar que el componente básico del nuevo modelo de la OMS está dirigido sólo al manejo de las mujeres embarazadas que no presentan evidencia de complicaciones relacionadas con el embarazo, patologías médicas o factores de riesgo relacionados con la salud.

Para el manejo de las mujeres que sufren dichas patologías, se les aconseja a los prestadores de salud que sigan los procedimientos recomendados en su clínica u hospital para patologías relacionadas con el embarazo o médicas.

Se recomienda que todas las clínicas y hospitales tengan protocolos especiales para patologías médicas relacionadas con el embarazo. Donde no existan dichos procedimientos, se les aconseja a las autoridades de salud locales que los desarrollen.

Es importante reconocer que para que la implementación de este modelo sea exitosa, se necesita un sistema de salud en funcionamiento con sistemas locales para logística.

En 2001, la OMS llevo a cabo una revisión sistemática de las investigaciones clínicas aleatorizadas que evaluó la efectividad de los distintos modelos de control prenatal. Esta revisión tenía el propósito de evaluar la hipótesis que un modelo de CPN con un reducido número de visitas, con intervenciones clínicas dirigidas a objetivos concretos, era tan efectivo como el modelo estándar en términos de resultados clínicos, satisfacción y costos. Para las mujeres, los resultados seleccionados a comparar fueron pre-eclampsia, infección del tracto urinario, anemia postparto y mortalidad materna. El bajo peso al nacer y la mortalidad perinatal fueron los resultados feto-neonatales elegidos. También se evaluaron la satisfacción de las mujeres y la relación costo-efectividad de los dos modelos en comparación.

Se identificaron siete estudios clínicos aleatorizados en los cuales se comparó un modelo basado en un número reducido de visitas prenatales con el modelo occidental estándar. En estos estudios habían participado un total de 57.418 mujeres: 30.799 en el grupo intervención, de las cuales 26.619 habían sido seguidas a través de todo el embarazo y 26.620 en el grupo control, de las cuales se dispuso de datos en 25.821.

No hubo ninguna diferencia entre los dos modelos con respecto a pre-eclampsia, infección del tracto urinario, anemia postparto y mortalidad materna. Además, con respecto al bajo peso al nacer y la mortalidad perinatal, los dos modelos fueron similares.

Algunas mujeres de los estudios, especialmente las de los países desarrollados, expresaron cierto descontento con el nuevo modelo en relación al número reducido

de visitas prenatales. El costo de los modelos con un número reducido de visitas prenatales fue igual o menor que el modelo estándar.

Basados en estos resultados y en los resultados de la investigación clínica aleatorizada de control prenatal de la OMS, se concluyó que en la práctica clínica se pueden introducir los modelos con un número reducido de visitas prenatales sin riesgo de consecuencias adversas para la mujer o el feto-neonato, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo.

En principio, el nuevo modelo de control prenatal de la OMS divide a las mujeres embarazadas en dos grupos: aquéllas elegibles para recibir el CPN de rutina (llamado componente básico) y aquéllas que necesitan cuidados especiales determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo. La elegibilidad de las mujeres para el componente básico se determina a través de criterios pre-establecidos. Las mujeres seleccionadas para seguir el componente básico son quienes no requieren ninguna otra evaluación o cuidado especial en el momento de la primera visita independientemente de la edad gestacional.

A las mujeres restantes se les brinda el cuidado correspondiente a su patología o factor de riesgo detectado. Las mujeres que necesitan cuidados especiales representarán, en promedio, aproximadamente un 25% de todas las mujeres que inician el control prenatal.

Es posible que una mujer que inicialmente es derivada a un nivel de atención superior debido a una patología identificada en el formulario de clasificación, posteriormente sea considerada apta para seguir el componente básico del nuevo modelo de la OMS. En dicha situación, la mujer tendría que recibir todas las actividades incluidas en el componente básico que corresponden a la edad

gestacional del embarazo. Además, tendría que someterse a todas las actividades que no fueron realizadas durante su(s) visita(s) al nivel superior de atención debido a su ingreso tardío al componente básico.

Las actividades incluidas en el componente básico se dividen en tres áreas generales:

- Estudio de las condiciones socioeconómicas y de detección de patologías que aumenten la posibilidad de resultados adversos específicos;
- Intervenciones terapéuticas comprobadas como beneficiosas;
- Educación de las mujeres embarazadas sobre las emergencias durante el embarazo y cómo tratarlas.

Mujeres con factores de riesgo de desarrollar complicaciones durante el trabajo de parto (ej. Cesarea previa) o aquellas con antecedentes de complicaciones intraparto, pero con embarazos normales deben seguir el componente del nuevo modelo de la OMS.

Cuando sea necesario, las mujeres incluidas en el componente del nuevo modelo de la OMS pueden ser derivadas para atención especializada, tales como en los casos de asesoramiento nutricional o psiquiátrico. Se considera que no será necesario prolongar el plan del componente básico para atender a estas mujeres. Si dicha atención especializada es necesaria, la prestación y el formato de dicho apoyo debería quedar en manos de los especialistas en estas áreas, mientras las mujeres continúan con las actividades del componente básico.

Lo ideal sería que la primera visita se realice durante el primer trimestre o preferentemente antes de la semana 12 de embarazo. Sin embargo,

independientemente de la edad gestacional en el momento de la primera consulta, todas las embarazadas que llegan a la clínica de CPN serán examinadas de acuerdo a las normas para la primera visita y las visitas subsiguientes.

Se espera que la primera visita dure de 30 a 40 minutos. Como se dijo anteriormente, es importante determinar los antecedentes clínicos y obstétricos de las mujeres con el objetivo evaluar la elegibilidad de la mujer para seguir el componente básico del nuevo modelo de la OMS. En promedio, se espera que un 75% de las mujeres sigan el componente básico.

En esta visita, mientras la confección de la historia del caso cumple con los estándares tradicionales e incluso los supera, los exámenes físicos y los análisis bioquímicos son pocos y exigen menos recursos que aquéllos comúnmente recomendados en los programas estándar.

Ciertos factores, tales como una carga de trabajo extenuante, pueden identificar a las mujeres en riesgo de desarrollar complicaciones del embarazo. El trabajo físicamente arduo, que exige estar de pie durante un período prolongado o implica estar expuesta a agentes teratogénicos (metales pesados, químicos tóxicos, radiación ionizante) podrían afectar adversamente los resultados maternos y neonatales. Se debe aconsejar a las mujeres sobre estos riesgos y además se les debe suministrar información para que reduzcan o suspendan dichas tareas.

Existen otros problemas que es necesario identificar y que requieren ayuda económica, entre ellos: pobreza, edad temprana de la madre, mujeres que sufren violencia familiar y mujeres que viven solas.

En la clínica se les debe ofrecer pruebas de detección de embarazo a aquellas mujeres que durante su primer trimestre piden confirmación del embarazo si no existen signos o síntomas de embarazo. En los países donde el aborto es legal, las mujeres pueden solicitar una prueba de embarazo si están planeando un aborto y no confían en un criterio clínico negativo. Idealmente, cualquier prueba específica, tratamiento o seguimiento debería realizarse en la clínica de CPN más que en un servicio de derivación.

Sólo se recomienda un tacto vaginal de rutina durante el embarazo. Esto incluye tomar una muestra para el Papanicolaou si el mismo no ha sido realizado en los últimos dos años. Concomitantemente se deben identificar y tratar las infecciones de transmisión sexual (ITS).

En las mujeres que informan sangrado en el presente embarazo, el tacto vaginal para determinar la causa puede realizarse en la clínica sólo durante el primer trimestre. La derivación de la paciente a un nivel superior de atención depende del médico. Después del primer trimestre, el tacto vaginal en las mujeres con sangrado vaginal no debería hacerse en la clínica; en cambio, se debería derivar a la paciente inmediatamente a un hospital para excluir placenta previa u otra patología.

La segunda visita debería programarse cerca de la semana 26 de embarazo. Se estima una duración aproximada de 20 minutos. Los exámenes y las pruebas se limitan a medir la presión sanguínea y la altura uterina y a realizar la prueba de tira reactiva múltiple para bacteriuria.

La prueba de proteinuria sólo se debería realizar en mujeres nulíparas y en quienes tengan antecedentes de hipertensión o pre-eclampsia/eclampsia. Se debería realizar un análisis de sangre para determinar la hemoglobina, si corresponde

clínicamente. La derivación basada en la evaluación actualizada de riesgo se limita a aquellas mujeres que hayan desarrollado signos o síntomas significativos desde la primera visita.

Dependiendo de los síntomas y signos, en algunas mujeres se podría arreglar una visita anterior a la tercera visita. Tener en cuenta que un útero de mayor tamaño que el correspondiente a la edad gestacional (descubierto a través de la palpación abdominal y la medición de la altura uterina), puede indicar embarazo gemelar o un trastorno patológico y, por consiguiente, la mujer debería ser derivada a un nivel superior de atención.

La tercera visita debería tener lugar a las 32 semanas de embarazo o alrededor de esa fecha y su duración se estima en 20 minutos. Si no asistió a la segunda visita, la tercera visita también debería incluir todas las actividades de la segunda visita y la duración debería extenderse tanto tiempo como sea necesario.

Los exámenes y las pruebas se limitan a medir la presión sanguínea, la altura uterina, realizar un análisis de tira reactiva múltiple para detectar bacteriuria y hemoglobina de rutina. Las pruebas para proteinuria sólo deberían realizarse en las mujeres nulíparas y aquéllas con antecedentes de hipertensión, pre-eclampsia o eclampsia. Se debería prestar especial atención a la detección de gemelares durante el examen abdominal y la medición de la altura uterina.

Las derivaciones se basan en síntomas y hallazgos que requieren intervención especial. Por ejemplo, hemoglobina alta (Hb >130 g/l) en ausencia de otros síntomas puede significar crecimiento fetal anormal, garantizando una visita extra en la semana 36 para evaluar el crecimiento fetal o la necesidad de derivación.

Si en el mismo momento, la altura uterina está por debajo de lo esperado o es indicativa de retardo de crecimiento fetal como se evidencia en la tabla, se indica derivación o internación.

La cuarta debería ser la visita final que tendría lugar entre las semanas 36 y 38. En esta visita, es extremadamente importante detectar aquellas mujeres con fetos en presentación podálica para su derivación a un nivel superior para evaluación obstétrica y versión cefálica externa.

Se debe intentar una versión cefálica externa en el hospital pero cuando se sospecha una desproporción céfalo-pélvica, se debe considerar la realización de una cesárea electiva.

Toda la información sobre qué hacer, a quién llamar y dónde ir (a qué servicio de salud) cuando comienza el trabajo de parto o en caso de otros síntomas, se confirmará por escrito y se comunicará no solo a la paciente, sino también a los miembros de su familia y/o amigos.

La ficha prenatal debe completarse durante la cuarta visita y debe ser entregada nuevamente a la mujer. También se debe enviar una copia al hospital donde se realizará el parto. Durante esta visita se debe informar nuevamente a la paciente sobre los beneficios de la lactancia y la anticoncepción así como sobre la disponibilidad de métodos anticonceptivos en el consultorio para puérperas.

Aunque universalmente se recomienda la consulta postparto, en la mayoría de los países en desarrollo casi nunca se lleva a cabo. Se debería acentuar la importancia de esta visita ya que se ha demostrado en los países en desarrollo que los intervalos intergenésicos cortos y las embarazadas menores de 20 años o mayores

de 30 años presentan un riesgo elevado de retardo de crecimiento intrauterino y partos prematuros. Los determinantes de algunos resultados del embarazo y los beneficios del control prenatal pueden verse sólo cuando son parte de un programa amplio para el período postnatal, incluyendo la consulta postparto.

Es muy probable que muchas mujeres no inicien el CPN lo suficientemente temprano en el embarazo como para seguir el componente básico completo del nuevo modelo de la OMS presentado anteriormente. Como se dijo con anterioridad, estas mujeres, particularmente aquéllas que comienzan después de las 32 semanas de gestación, deberían tener en su primera visita todas las actividades recomendadas para las 2 visitas previas así como aquéllas que corresponden a la visita actual.

Se espera, por lo tanto, que una primera visita tardía llevará más tiempo que una primera visita regular. La asistencia de la paciente a cada una de las consultas pautadas es un elemento crucial del componente básico del nuevo modelo, aunque es inevitable que se pierdan algunas visitas.

Las clínicas deberían organizar un sistema formal para determinar la razón o razones de las visitas perdidas. Se debería rastrear a la paciente y acordar otra visita cuando sea apropiado. La consulta posterior a una consulta perdida debería incluir todas las actividades de la visita perdida así como aquéllas que corresponden a la visita actual.

3.9. Embarazo gemelar.

Los embarazos gemelares plantean serios riesgos para la mujer y los fetos. El riesgo de muerte fetal es diez veces mayor en un feto gemelar que en un feto único.

La mortalidad neonatal también es mayor, principalmente porque el 50% de los gemelos nacen prematuramente y un alto porcentaje tienen retardo de crecimiento. Los fetos de embarazos gemelares pueden sufrir crecimiento discordante y síndrome feto transfundido–feto transfusor y a veces una combinación de ambas patologías.

En gemelos monocigotas se observan con mayor frecuencia éstas y otras complicaciones. Los trillizos y embarazos múltiples de mayor orden son especialmente vulnerables. Las mujeres con embarazo gemelar desarrollan anemia, pre-eclampsia, hiperémesis y poli hidramnios con mayor frecuencia y sufren más complicaciones en el parto y puerperio.

Con el avance del embarazo, se agobiarán cada vez más con el trabajo físico. Las licencias por enfermedad evitarán que realicen desgaste indebido de energía, pero es importante remarcar que no se ha demostrado que el reposo en cama sea beneficioso.

En el componente básico del nuevo modelo de control prenatal de la OMS, la altura uterina, además de la palpación abdominal, es la medida que más probablemente despierte sospecha de embarazo gemelar. La fertilización *in vitro* (FIV) y la transferencia embrionaria aumentan el riesgo de embarazos múltiples, pero es más probable que las mujeres que utilizan tales métodos busquen atención en otras instituciones.

Tan pronto como se diagnostique o se sospeche un embarazo gemelar (o de mayor orden), la mujer debería ser derivada a un especialista y no seguir en el componente básico. Idealmente, los centros de derivación deben estar equipados con un ecógrafo para diagnóstico y vigilancia.

A estas pacientes se les debe brindar un control prenatal más dedicado. La previsión de asistencia puede entonces ser compartida entre la asistencia primaria y los centros de derivación.

El consejo es crucial para las mujeres con embarazos gemelares. La preparación para el trabajo de parto y el parto en el hospital debe comprender el contacto previo con la unidad obstétrica para preparar un plan para el transporte adecuado e inmediato en caso de trabajo de parto o complicaciones (por ejemplo, pérdida de líquido amniótico o sangrado) y para enfatizar que es probable que el nacimiento sea prematuro.

La mujer debería apuntar los números de teléfono y se le debería dar consejo apropiado a su esposo o familiares, tanto verbalmente como por escrito. Se debería considerar la licencia por enfermedad durante el tercer trimestre especialmente con el trabajo físico extenuante.

3.10. Natalidad en Paraguay.

Según las estimaciones disponibles, Paraguay cuenta en la actualidad con aproximadamente 5.355.850 habitantes y una tasa de crecimiento de 2,59 % anual acumulativo (quinquenio 1995-2000). De mantenerse este ritmo, la población paraguaya se duplicaría en 27 años.

Si bien es cierto que existió un descenso paulatino de la fecundidad en el país en los últimos treinta años (6,66 en 1962 a 4,64 en 1992), las familias numerosas persistentes hasta épocas recientes, inciden en la gran cantidad de mujeres en edad de procrear. La información más reciente sobre la fecundidad en el Paraguay, proveniente de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI-98), revela

que el promedio de hijos de las mujeres de 15 a 44 años es de 4,1. Según las proyecciones de población, el promedio de hijos por mujer llegará al nivel de reemplazo (2,1) en el período 2045-2050.

Según la apreciación del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) y otros datos disponibles, Paraguay es uno de los últimos países en el contexto de América Latina en ingresar en el período de transición demográfica moderada.

Aunque la mortalidad ha empezado a descender desde hace varias décadas, la natalidad se mantiene persistentemente alta, lo que se traduce en elevadas tasas de crecimiento demográfico, que oscilan un poco por debajo de 3 % anual acumulativo.

El ritmo del crecimiento total se hace cada vez más lento. En efecto, para el período 1990-1995 la población crece a una tasa de 2,7% anual acumulativo, tendencia que se reduce tan sólo a 0,9 % al final del año 2050.

La tasa bruta de natalidad, luego del repunte producido entre 1980-1985 (TBN = 38,29), asume una tendencia descendente llegando en el quinquenio 2045-2050 a un valor de 15,45 nacimientos por cada mil habitantes.

El hecho de que el crecimiento poblacional pierda velocidad y que vaya acompañado de creciente bienestar de la población, o de crecientes dificultades, dependerá de las decisiones que se adopten y las acciones que se realicen a partir de ahora y en el transcurso de la siguiente década, en especial las acciones encaminadas a aumentar la educación, promover la igualdad de género y velar por el ejercicio pleno del derecho a la salud, incluida la salud reproductiva.

3.11. Atención prenatal en atención primaria de la salud en Paraguay.

La atención prenatal es un conjunto de acciones asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud y la embarazada a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.

El modelo de atención prenatal de la OMS clasifica a las mujeres embarazadas en dos

grupos: Aquellas elegibles para recibir la Atención Prenatal (APN) de rutina, llamado componente básico; y aquellas que necesitan cuidados especiales determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo.

La inserción de las mujeres en el Componente Básico se determina a través de criterios preestablecidos. Las seleccionadas para éste son quienes no requieren ninguna otra evaluación o cuidado especial en el momento de la primera visita independientemente de la edad gestacional. Las no elegibles para el Componente Básico serán remitidas para la atención especializada. Éstas representarán aproximadamente el 25% de todas las mujeres que inician la atención prenatal.

En Paraguay se propone un esquema de entre cuatro y seis visitas atendiendo a las normativas nacionales e internacionales. La primera consulta prenatal debe realizarse lo más precozmente posible y preferiblemente de forma conjunta por el médico/a y la obstetra del ESF.

Existe evidencia científica de que una primera visita antes de las 12 semanas de gestación se acompaña de mejores resultados perinatales.

Posteriormente, dos visitas en el segundo trimestre y tres en el tercero. Si la gestante no tuvo el parto a las 40 semanas, será derivada al hospital-maternidad. La duración aproximada de las visitas será entre 30 a 40 minutos para la primera y 20 minutos para las siguientes, garantizando que sean realizadas todas las actividades propuestas y se cumplimenten debidamente la Historia Clínica Perinatal y el Carnet Perinatal.

El Ministerio de Salud Pública considera que el control prenatal es sumamente importante para garantizar la salud de la madre y del bebé durante el embarazo a través de un monitoreo permanente de ambas personas. Este control debe ser precoz, antes del cuarto mes de embarazo.

El control prenatal abarca no sólo los análisis laboratoriales, sino también inspecciones físicas periódicas a cargo de profesionales médicos y de la propia madre sobre su cuerpo. Todos los procedimientos están contemplados en una Norma Nacional de Atención Prenatal elaborada por el MSPyBS.

Tanto las consultas médicas como los análisis laboratoriales y las ecografías son brindados gratuitamente en cualquiera de los servicios de salud dependientes de la cartera sanitaria.

Los exámenes abarcan pruebas de hemograma, glicemia, tipificación, VIH y VDRL. La gratuidad de los mismos tiene curso desde julio de 2007.

Existen patologías que pueden aparecer en el embarazo y otras que pueden agravarse, con él, por lo que se recomienda necesario que la embarazada asista periódicamente a los controles prenatales.

Los controles natales pueden detectar o descartar cerca de 18 patologías posibles de la madre y el niño. Una mujer que registra cierta patología durante esa etapa de su vida debe ser tratada con periodicidad y con los procedimientos particulares de su caso.

En caso que la gestante no registre enfermedad alguna, de igual manera debe ser controlada por lo menos cuatro veces a lo largo de su embarazo en el centro de salud más cercano. La primera consulta debe ocurrir antes de las 12 semanas de gestación; la segunda, a las 26 semanas, la tercera a las 32 y la cuarta entre las 36 y las 38 semanas.

Las primeras medidas del control prenatal giran en torno a la revisión de los antecedentes de la mujer mediante la elaboración de su historia clínica. Si la gestante ya ha tenido otros embarazos, se registra por ejemplo si ha sufrido más de tres abortos espontáneos anteriormente o el último bebé ha sido muy grande o muy pequeño, evidenciando esto último una patología denominada Preclamsia, causada por la presión alta en la mujer.

Otros antecedentes a tener en cuenta son si la mujer ha tenido alguna cesárea u operación del útero. También se considera si ha tenido un embarazo doble, hemorragias, tumores en la pelvis o si es una madre niña o adolescente.

Un punto clave del control prenatal de una madre “primeriza” es conocer su presión arterial pues una hipertensa crónica debe contar con un tratamiento especial, al igual que una con diabetes, neuropatías o adicción a drogas.

Con la tipificación se busca detectar el tipo de sangre de la madre y del padre. Si la madre es RH negativo se debe conocer el tipo de sangre del progenitor pues la vida

del bebe corre riesgo dado que en el embarazo se puede dar una sensibilización al RH Negativo, es decir, que el niño desarrolle anticuerpos contra este tipo de sangre y se produzca un rechazo que puede desencadenar muerte fetal o aborto espontáneo.

También existen aspectos físicos que hacen al control prenatal y que están a cargo de la propia madre quien debe comunicar a su médico cualquier irregularidad percibida.

Son muy importantes el cuidado de la piel -especialmente en casos de aparición de manchas, sequedad y estrías- la salud del cabello, la higiene íntima de ropas, el uso de calzados bajos y ropa holgada.

Es imperativo evitar el consumo de cafeína, cigarrillos y otros tipos de drogas. Entre los cuidados más importantes aparece la actividad física y el consumo de una cantidad adecuada de alimentos.

Profesionales médicos aseguran que una madre sana no debería engordar más de 12 kilos con su embarazo, más peso que eso significa obesidad. La gestante debe ingerir mucha fruta, verdura y carne magra. Es mejor evitar el exceso de pastas, helados y masas.

3.12. Situación del derecho a la salud materna, infantil y adolescente en Paraguay.

Paraguay reconoce en su Carta Magna que la salud es un derecho, y que el Estado debe garantizarlo. Ese es el compromiso asumido, además, a través de la ratificación de distintos instrumentos internacionales de Naciones Unidas.

En este sentido, el análisis de situación tiene como referencias los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas y el Código de la Niñez (ley 1680/01), entre otros documentos nacionales e internacionales que constituyen los compromisos asumidos por Paraguay en relación con la infancia y la adolescencia.

En sus artículos 4-6, 49-54, 69, 72 y 73 reconoce el derecho a la alimentación, y en su artículo 61 sobre la planificación familiar y la salud materno-infantil reconoce el derecho de las personas “a recibir, en coordinación con los organismos pertinentes, educación, orientación científica y servicios adecuados en la materia” y que el Estado debe implementar “planes especiales de salud reproductiva y salud materno-infantil para la población de escasos recursos”.

4. DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1. Tipo de estudio: El estudio realizado es de carácter descriptivo, analítico, retrospectivo, con metodología cualitativa y cuantitativa.

4.2. Universo de estudio: El universo de estudio se enfocó hacia las pacientes de la consulta de control prenatal, en el primer nivel de atención, en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10.

4.3. Muestra: Se tomó como muestra 43 pacientes que acudieron a la consulta de control prenatal, en el primer nivel de atención, en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015.

4.4. Obtención y procesamiento de los datos: Los datos obtenidos a partir de la revisión de las fichas de las pacientes se procesaron mediante tablas estadísticas y se graficaron en el programa Excel 2010.

4.5. Análisis y discusión de los datos: Los datos primarios se analizaron utilizando la estadística descriptiva en salud y se resumieron en las tablas y gráficos correspondientes teniendo en cuenta los objetivos planteados.

4.6. Conclusión: El trabajo se concluye pretendiendo responder al objetivo general y los objetivos específicos según los resultados obtenidos.

5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

En la presente investigación fueron estudiadas 43 mujeres que acudieron a la consulta de control prenatal, en el primer nivel de atención, en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015.

El Gráfico 1 muestra la distribución de la muestra según la procedencia de las mujeres que acudieron a la consulta de control prenatal, en el primer nivel de atención, en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015.

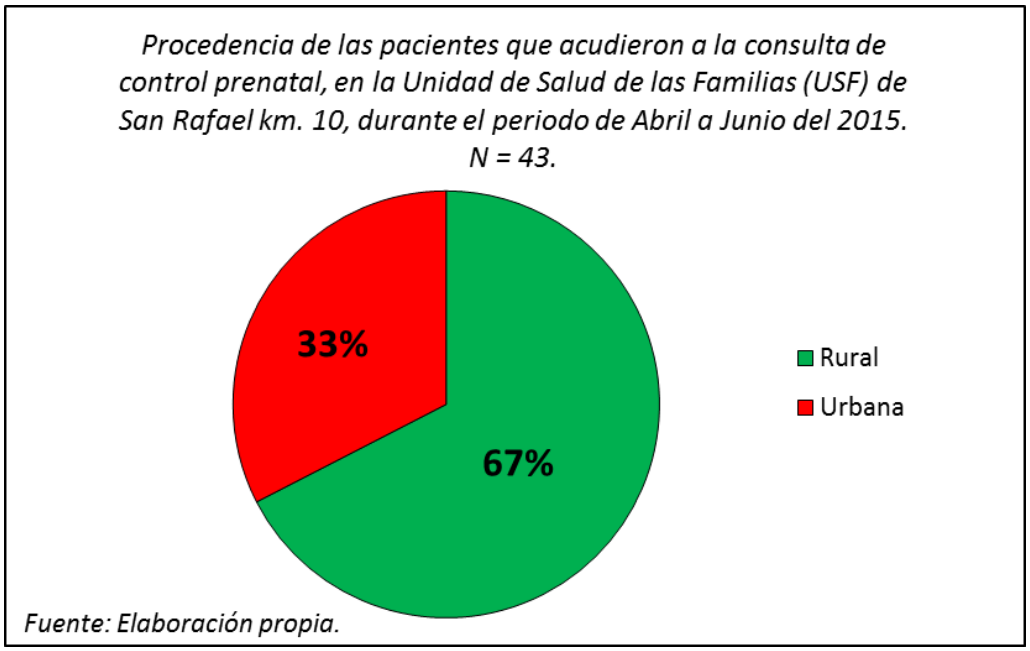


Gráfico 1: Distribución de la muestra según la procedencia de las mujeres que acudieron a la consulta de control prenatal, en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015. N=43.

Los datos muestran que mayor cantidad de mujeres que acudieron a la consulta de control prenatal, en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10,

durante el periodo de Abril a Junio del 2015, son de procedencia rural (67%), y el restante 33% de procedencia urbana.

En términos de servicios de salud se puede afirmar, según estos valores, que la consulta prenatal brinda una amplia cobertura a las mujeres embarazadas del área de estudio, debido a que la gran mayoría de las pacientes procede de áreas más alejadas, correspondiendo con las zonas rurales del territorio.

En el Gráfico 2 se observa la distribución de la muestra según la escolaridad de las mujeres que acudieron a la consulta de control prenatal, en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015.

En varias revisiones bibliográficas se relaciona el nivel de escolaridad que la predisposición de las mujeres de asistir a consultas de control prenatal, debido fundamentalmente a un mayor conocimiento acerca de la importancia de las mismas y su relación con un desarrollo adecuado del embarazo.

Así se evidencian estos datos en la presente investigación y coinciden con la revisión bibliográfica.

En el caso de la muestra de estudio, la mayor cantidad de mujeres (74%), llegaron a cursar estudios secundarios, a este valor le siguen las mujeres con estudios terciarios (21%) y solamente el 5% de las estudiadas habían abandonado sus estudios a nivel primario.

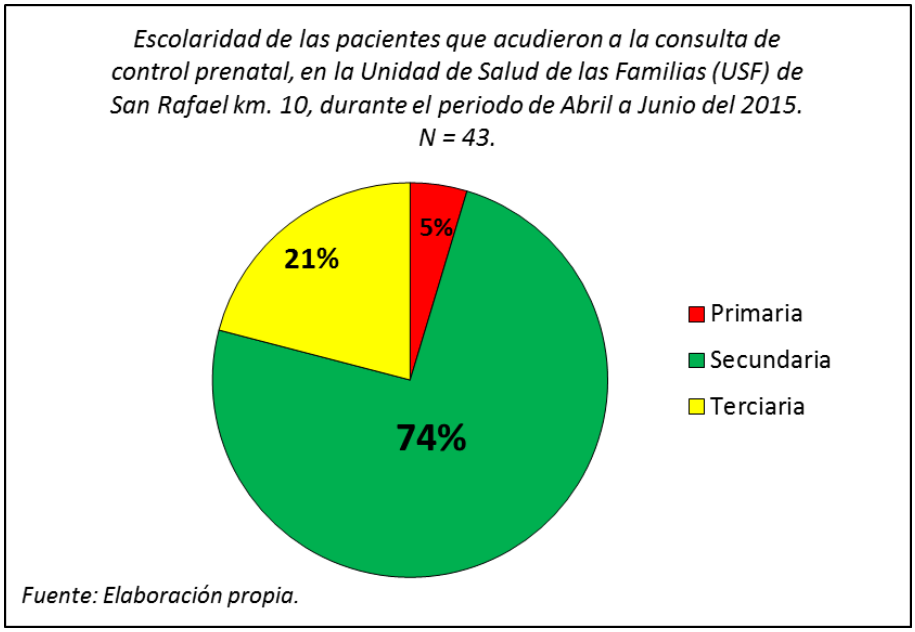


Gráfico 2: Distribución de la muestra según la escolaridad de las mujeres acudieron a la consulta de control prenatal, en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015. N=43.

Se analizó el número de veces que las mujeres habían tenido hijos anteriormente (paridad), teniendo en cuenta esta variable en el Gráfico 3 se representa la paridad de las mujeres que participaron en el estudio.

De un total de 43 mujeres que participaron del estudio, 18 no habían tenido hijos anteriormente (41,86%), 12 eran mujeres secundíparas (27,91%); mientras que un total de 7 mujeres habían tenido don hijos con anterioridad (tercíparas) (16,28%) y solamente 6 mujeres resultaron multíparas.

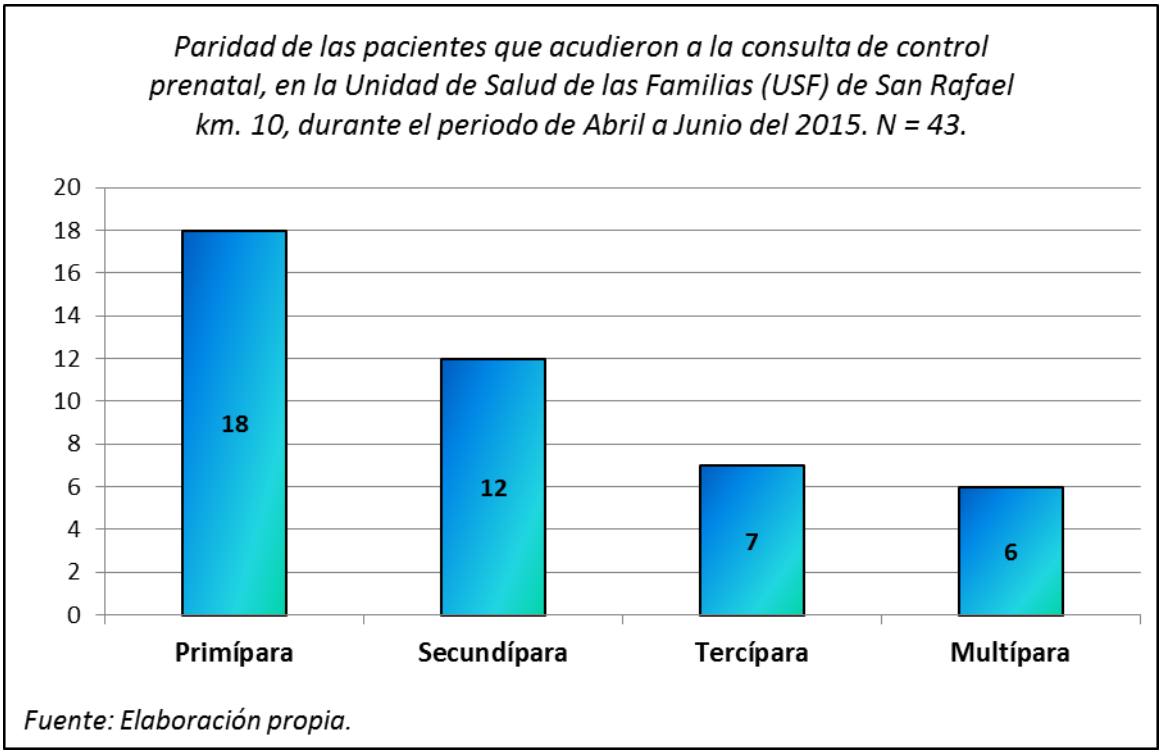


Gráfico 3: Distribución de la muestra según la cantidad de partos de las pacientes que acudieron a la consulta de control prenatal, en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015. N=43.

En el grafico 4 se expresan los resultados teniendo en cuenta si las mujeres estudiadas habían recibido o no consejería referente a la maternidad durante su asistencia a la consulta prenatal.

Los datos revelaron que de las 43 pacientes que acudieron a la consulta de control prenatal, en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015, solamente 13 mujeres (30%) no recibieron consejería por parte de los profesionales a cargo, mientras que el restante 70% manifesto haber recibido sesiones de consejería.

Cabe destacar que estos son resultados revelados en el momento del estudio, lo que no implica que las pacientes faltantes hayan recibido la consejería posteriormente a la toma de datos.

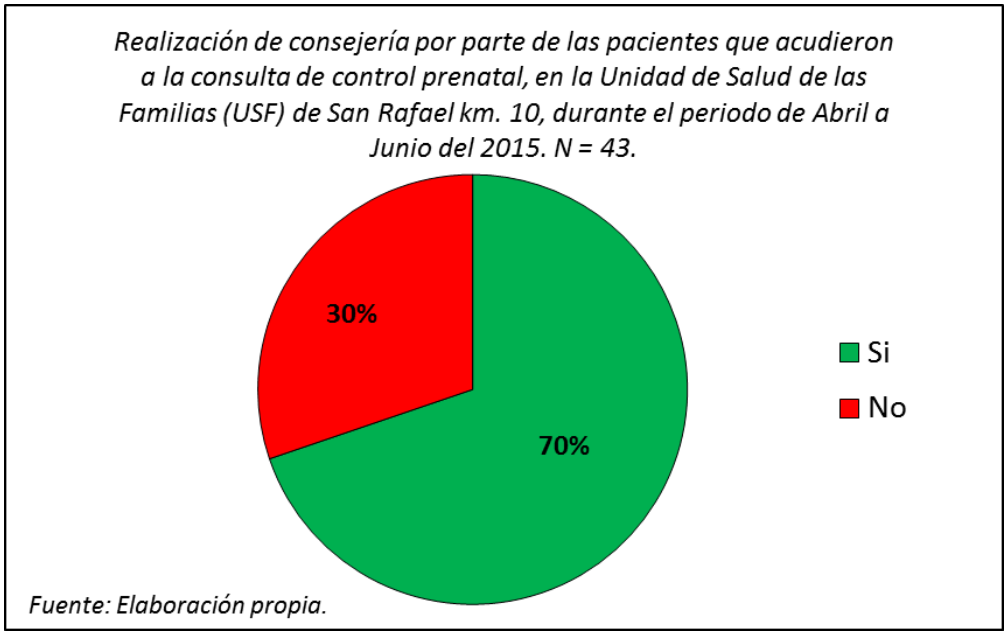


Gráfico 4: Realización de consejería por parte de las pacientes que acudieron a la consulta de control prenatal, en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015. N = 43.

Se tomaron datos referentes a la realización del examen de Papanicolaou (PAP) durante su asistencia a la consulta prenatal, los resultados obtenidos con relación a la variable en cuestión se muestran en el Gráfico 5.

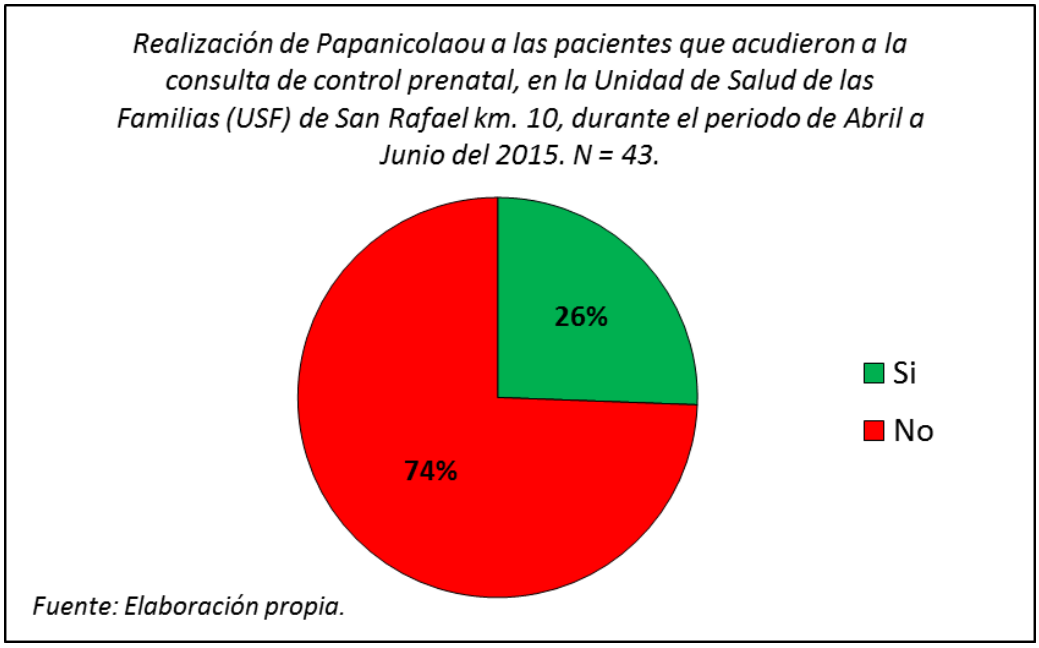


Gráfico 5: Realización del PAP a las pacientes que acudieron a la consulta de control prenatal, en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015. N = 43.

De la muestra en estudio, el 74% no se realizó el examen de PAP durante sus consultas prenatales, y solamente un 26% de las mujeres se practicaron el examen.

Referente a los test de DVRL y VIH la totalidad de las pacientes se realizaron el estudio, los resultados de los mismos son confidenciales y no corresponden con los objetivos de esta investigación.

En cuanto al estado nutricional de las pacientes embarazadas se obtuvieron los siguientes datos (Gráfico 6).

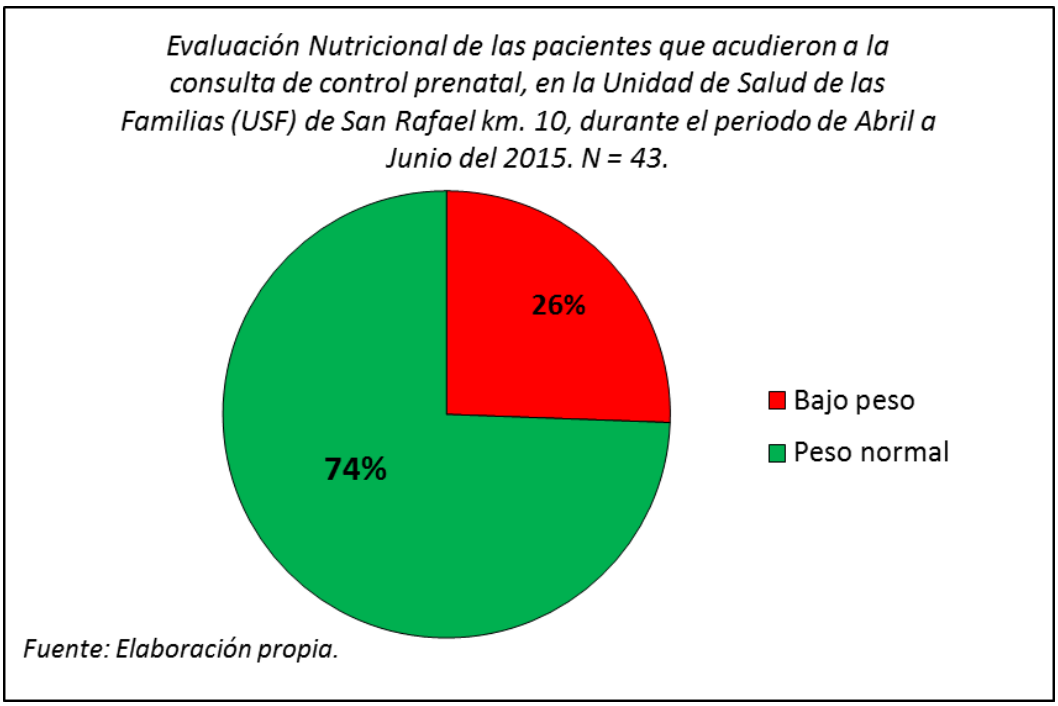


Gráfico 6: Estado nutricional de las pacientes que acudieron a la consulta de control prenatal, en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015. N = 43.

La mayoría de las pacientes (74%) embarazadas que acudieron a la consulta presentaron parámetro dentro de los valores normales de peso según las tablas de referencia para la evaluación del estado nutricional en embarazadas, mientras que un 26% estaba dentro de los valores correspondientes a mujeres bajo peso.

6. CONCLUSIONES.

Teniendo en cuenta los resultados expuestos y los objetivos propuestos se concluye que los mismos fueron logrados según lo siguiente:

- ✓ La cobertura de salud de la consulta de control prenatal, en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10 se extiende ampliamente a las zonas más alejadas dentro del área de estudio siendo que la mayoría de las pacientes estudiadas procedían de áreas rurales.

- ✓ Un nivel educativo medio-alto por parte de las pacientes es un factor que contribuye a una mayor asistencia de las embarazadas a las consultas prenatales durante el embarazo.

- ✓ La mayoría de las pacientes estudiadas no habían tenido hijos anteriormente o esta era la segunda vez que transcurrían por un proceso de embarazo, lo que representa una mayor atención a factores de riesgo y seguimiento durante el desarrollo de la gestación.

- ✓ Las tres cuartas partes de las mujeres estudiadas asistieron a sesiones de consejería a través de la consulta prenatal.

- ✓ La totalidad de las mujeres se realizaron los exámenes de VDRL y VIH mientras que solamente una pequeña fracción de la muestra de estudio se realizó el Papanicolaou (PAP).

- ✓ La mayoría de las pacientes estudiadas estuvieron dentro de los parámetros normales de peso durante la evaluación del estado nutricional de las mismas, teniendo en cuenta los valores de referencia considerados para mujeres embarazadas.

7. RECOMENDACIONES.

- ✓ Se recomienda al Centro de Salud de San Rafael Km. 10 trabajar con las pacientes de la consulta prenatal mediante charlas educativas y de concienciación para lograr aumentar la cantidad de mujeres que se realizan el PAP durante el embarazo, con el objetivo de eliminar factores de riesgo durante la gestación.

- ✓ Se recomienda a los profesionales de salud a realizar visitas a los hogares para incentivar la asistencia de las mujeres a la consulta prenatal.

- ✓ Se recomienda a las autoridades de salud realizar talleres participativos con la comunidad y la distribución de materiales de comunicación y educación (folletos, afiches, spots radiales, etc.) con el objetivo de fomentar una mejor calidad de salud y elevar la cobertura de atención, principalmente en mujeres embarazadas.

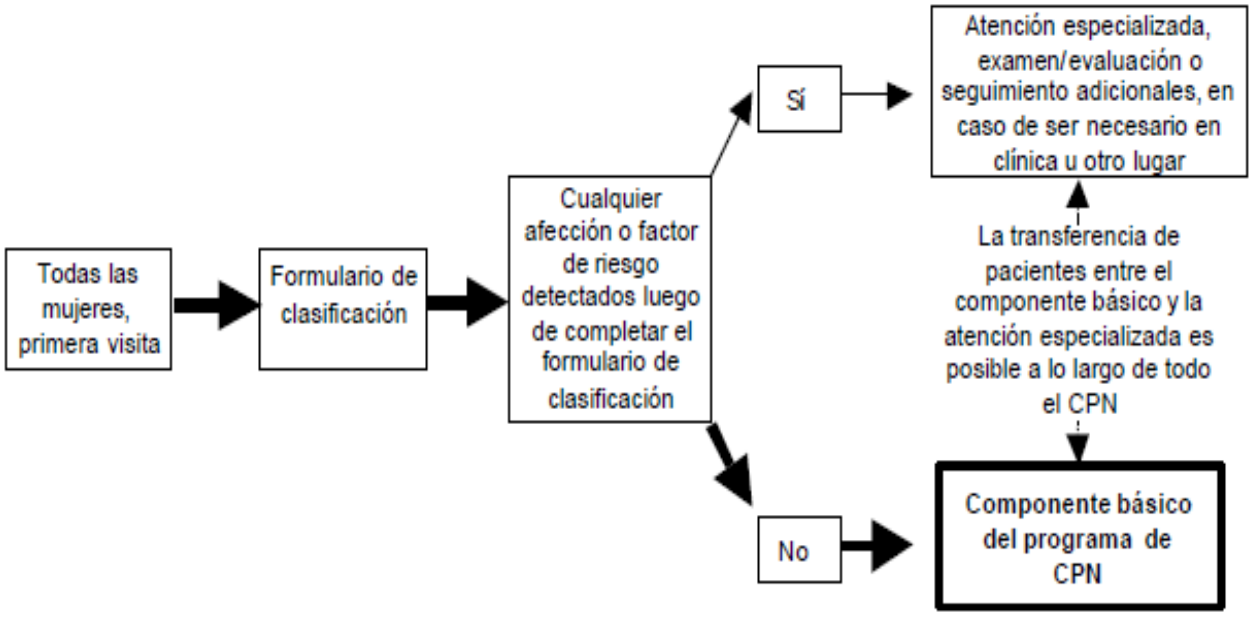
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, No.5. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2002.
- CLAP/SMR Publicación científica Nº 1573, Guías para el Continuo de Atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS, 2010.
- Dirección General de Salud Pública/Consejería de Sanidad Gobierno de Cantabria, Protocolo de Atención al Embarazo y Puerperio, 2007.
- Fescina R, et al. Sistema Informático Perinatal. Historia Clínica Perinatal. Publicación Científica CLAP/SMR 1563 Montevieo - URUGUAY - Noviembre 2007. www.clap.ops-oms.org.
- Herrera JA. Aplicación de un modelo biopsicosocial para la reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal en Colombia. 2ª ed. Bogotá: Ministerio de Salud-Universidad del Valle, 2001.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social -Paraguay, Norma Nacional de Atención Prenatal, 2006.
- MSP y BS-Paraguay, Manejo de Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en la Atención Primaria de Salud, 2009.
- OMS, Nuevo modelo de control prenatal de la OMS, 2003. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2003: 6.
- Organización Panamericana de la Salud, UNICEF, Ministerio de Salud de la Nación, Consejería en Lactancia Materna: Curso de capacitación- Manual del Participante. 1993. Adaptada para la República Argentina en 2007.

- Organización Panamericana de la Salud. Eliminación del tétanos neonatal: guía práctica. Washington, D.C.: OPS, 2005.(Publicación Científica y Técnica No. 602).
- República de Colombia. Ministerio de Protección Social. Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. En: Guías de promoción de la salud y prevención de las enfermedades en la salud pública. Tomo 1. Colección PARS. Bogotá, 2007: 119-154.
- Schwarcz R, et al. Atención Prenatal y del Parto de bajo Riesgo. CLAP No. 123. 1991:43-47.
- Thacker SB, Berkelman R. Evaluación de la eficacia diagnóstica de determinadas técnicas de vigilancia fetal antes del parto. OPS/OMS.
- Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2005. Oxford.

9. ANEXOS.

9.1. El nuevo modelo de control prenatal de la OMS.



9.2. Criterios para clasificar a las mujeres para el componente básico del nuevo modelo de control prenatal.

Nombre de la paciente: _____ **Número de historia clínica** ☐☐☐☐☐☐

Dirección _____ **Telefono:** _____

INSTRUCCIONES: Responda las siguientes preguntas marcando con una cruz el casillero correspondiente.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	**No**	**Si**
1. Muerte fetal o muerte neonatal previas.	☐	■
2. Antecedentes de 3 o más abortos espontaneos consecutivos.	☐	■
3. Peso al nacer del último bebé < 2500 g.	☐	■
4. Peso al nacer del ultimo bebé > 4500 g.	☐	■
5. ¿Tuvo una internación por hipertensión o preeclampsia/eclampsia en el ultimo embarazo?	☐	■
6. Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea clásica, cerclaje cervical).	☐	■

EMBARAZO ACTUAL	**No**	**Si**
7. Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple.	☐	■
8. Menos de 16 años de edad.	☐	■
9. Más de 40 años de edad.	☐	■
10. Isoinmunization Rh (-) en el embarazo actual o en embarazos anteriores.	☐	■
11. Hemorragia vaginal.	☐	■
12. Masa pélvica.	☐	■
13. Presión arterial diastólica de 90 mm Hg o más durante el registro de datos.	☐	■

HISTORIA CLINICA GENERAL	**No**	**Si**
14. Diabetes mellitus insulinodependiente.	☐	■
15. Nefropatía.	☐	■
16. Cardiopatía.	☐	■
17. Consumo de drogas (incluido el consumo excesivo de alcohol).	☐	■
18. Cualquier otra enfermedad o afección médica severa.	☐	■

Por favor, especifique _____

_____

Una respuesta SI en cualquiera de las preguntas anteriores (es decir, una cruz en cualquier casillero sombreado) significa que la mujer no es elegible para el componente básico del nuevo modelo de control prenatal.

¿Es elegible? (marque con un círculo) **NO** **SI**

Si la respuesta es NO, sera derivada a _____

Fecha _____ Nombre _____ Firma _____

(personal responsible de CPN)