

INICIO, NUMERO DE CONSULTAS Y ACCIONES DURANTE EL CONTROL PRENATAL DE EMBARAZADAS ASISTIDAS EN CENTROS DE SALUD DE SALTA CAPITAL

ONSET, NUMBER OF CHECK-UPS AND ACTIONS DURING PRENATAL CARE ASSISTED IN HEALTH CENTERS OF SALTA CAPITAL

Nelly Beatriz Contreras*, María Inmaculada Passamai**, María Florencia Borelli***, Meri Mayorga****, Sara María de la Vega*****

* Licenciada en Nutrición, Especialista en Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud. Consejo de Investigación. Universidad Nacional de Salta. ** Licenciada en Nutrición, Especialista en Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud. Consejo de Investigación. Universidad Nacional de Salta. *** Licenciada en Nutrición, Magister en Nutrición Humana. Facultad de Ciencias de la Salud. Consejo de Investigación. Universidad Nacional de Salta. **** Licenciada en Nutrición, Especialista en Administración de Servicios de Alimentación. Facultad de Ciencias de la Salud. Consejo de Investigación. Universidad Nacional de Salta. ***** Bioquímica, Especialista en Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud. Consejo de Investigación. Universidad Nacional de Salta.

RESUMEN

Objetivos: Describir características del inicio, número de consultas y acciones realizadas durante el control de embarazadas asistidas en Centros de Salud de Salta Capital.

Relacionar inicio y número de controles con edad de las embarazadas.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, transversal a 187 embarazadas en 5 Centros de Salud, (Salta Capital, 2012 y 2013). Fuentes de información: historias clínicas, entrevistas; indagando edad, trimestre de gestación, inicio, número de controles, acciones clínicas, exámenes complementarios realizados. Análisis uni y bivariado utilizando programa SPSS v.15.

Resultados: Un 31,5 % con edades extremas, 13% cursando primer trimestre. El 63,9% iniciaron precozmente los controles, 4,8% con número inadecuado de controles según edad gestacional, 46% con antecedentes familiares, 14% con personales. Más del 90% con examen físico consignado, 58% con estado nutricional normal, 42% con patología detectada (anemia, infección urinaria, parasitosis), 72% con visita odontológica, 74,2% consumió suplemento de ácido fólico/sulfato ferroso, el 87,2% con vacunación.

Conclusiones: El inicio del CPN fue precoz mayoritariamente, con número adecuado de visitas según edad gestacional. Los antecedentes personales y familiares, el estado nutricional según edad gestacional, prevalencia de anemia constituyeron factores de riesgo materno-neonatales, que detectados oportunamente habrían favorecido planificar e implementar acciones para minimizar daños en la salud materno-fetal.

Palabras Claves: Control prenatal precoz, numero de controles y actividades.

Onset, number of check-ups, actions during prenatal care.

INTRODUCCIÓN

El Control Prenatal (CPN) es una serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza. (1) (2)

Un CPN eficiente debe cumplir con 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, para la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad una adecuada planificación de las acciones a realizar durante todo el periodo gestacional. (1)

Durante la primera consulta prenatal se debe obtener y documentar mediante anamnesis obteniendo información sobre: datos filiatorios, condiciones sociodemográficas, antecedentes familiares y personales, antecedentes reproductivos y obstétricos, realizar una exploración general física, ginecológica y mamaria, historia alimentaria y del estado nutricional pregestacional, información toda que contribuye a la identificación de factores de riesgo perinatales.

- **Periódico:** La frecuencia de los controles prenatales varía según el grado de riesgo que presenta la embarazada. La gran mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe, junto con el Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Argentina, redujeron las metas de 8 a 12 controles y adoptaron en sus normas los 5 controles propuestos por el CLAP/OPS/OMS desde 1988, y ratificado en 2011, para la población de bajo riesgo. (3)

Es así que se estableció una cronología para estas 5 consultas mínimas: primera visita antes de la semana 20 de gestación, segunda visita entre las 22 y 24 semanas, tercera entre las semanas 27 y 29, una cuarta entre las 33 y 35 semanas y la quinta entre las 38 y 40 semanas. (2)

- **Completo o Integral:** Los contenidos mínimos del control deben garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. (1) (2)

Según el cronograma mencionado anteriormente se dispone una serie de acciones a realizar y tratan de acompañar la diagramación presentada en la Historia Clínica Perinatal sugerida por el CLAP/SMR. En cada consulta debe confluír la mayor cantidad de actividades con la finalidad de reducir al mínimo útil el número de controles. (4) En cada consulta prenatal se evalúa la evolución del embarazo desde la consulta previa, se realiza exploraciones y pruebas complementarias, se actualiza la clasificación del riesgo perinatal y se llevan a cabo acciones informativas/educativas y promotoras de la salud de acuerdo con la situación específica de cada gestante.

- **De amplia cobertura:** En la medida que el porcentaje de la población controlada es mas alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) mayor será el impacto positivo sobre la morbimortalidad materna y perinatal. (2)

Los profesionales de la salud deben considerar al cuidado prenatal como una etapa dentro del cuidado continuo de la salud de la mujer. En Argentina, muchas mujeres, especialmente la adolescentes, ciertas minorías y mujeres de condición socioeconómicas baja, reciben su primer examen integral de salud durante el control prenatal. (3) Un CPN 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.

OBJETIVOS

- Describir características del inicio, número de consultas y acciones realizadas durante el CPN de embarazadas asistidas en Centros de Salud de Salta Capital.
- Relacionar inicio y número de controles con edad de las embarazadas controladas.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio fue observacional, transversal y correlacional realizado a 187 embarazadas que asistieron a 5 Centros de Salud dependientes del Primer Nivel de Atención, ubicados en el suroeste y centro de Salta Capital, durante los años 2012 y 2013. La selección de la muestra se realizó a través de muestreo de casos consecutivos, entrevistando a todas las embarazadas que asistieron a cada

centro de salud en un lapso de tres semanas y que aceptaron participar del mismo previa firma de consentimiento informado. La tasa de respuesta a la entrevista fue del 91%.

Los datos se recolectaron de fuentes secundarias (historias clínicas (HC)/carné prenatal) y de entrevistas a las mujeres. Las variables estudiadas fueron edad de las gestantes, trimestre de gestación, inicio y número de controles prenatales realizados, antecedentes de patologías familiares y personales, actividades de exámenes físicos y clínicos, determinación de hemoglobina, patologías presentes, consulta odontológica, consumo de suplementos, vacunación.

Se empleó programa SPSS v.15 para el análisis uni y bivariado, empleando prueba chi cuadrado con un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS

Del total de gestantes, el 31% tenían edades extremas (21% adolescentes y 19% mayores de 35 años). Las edades de las entrevistadas oscilaron entre 14 y 46 años, con una media de 25 años \pm 6 años.

Al momento de realizar el estudio un 13% de las embarazadas cursaban el primer trimestre de gestación, el 87% restante, el segundo y tercer trimestre.

Analizando la edad gestacional de la primera consulta de los controles prenatales, se observó que el 63,6% de las mujeres presentó un inicio precoz, es decir antes de la semana 13 de gestación (promedio 11,4 semanas \pm 5,3 semanas), un 29,9% con inicio aceptable (semana 13 a la 20ª) y el 6,4% en forma tardía (con posterioridad a la semana 20). Estos porcentajes al realizar el mismo análisis, considerando la edad de las embarazadas, no indicaron diferencias significativas. ($X^2 = 2,151$; 4 gl, $p=0,708$, 95% nivel de confianza) (Cuadro I).

El promedio de controles realizados fue de 3,78 controles \pm 2 controles 8 (rango= 1 a 10 controles); un 17% asistía a la primera consulta con el equipo de salud. De las embarazadas que cursaban el primer trimestre (n=25) cumplieron con un número adecuado de visitas, al igual que el 96,4% y 92,3% de las que se encontraron en el segundo y tercer trimestre. Sólo 9 mujeres (4,8%) no concurren al número mínimo de consultas recomendado según la edad gestacional.

El número mínimo de controles prenatales realizados no fue significativo cuando se lo relacionó con la variable edad de las embarazadas. ($X^2 = 0,032$; 2 gl, $p=0,984$, 95% nivel de confianza). (Figura 1)

En relación a las actividades que tenían consignadas en sus HC, en el 100% de las HC se consignaron antecedentes relevantes de patologías familiares y personales, presentando este tipo de antecedentes, en algún familiar directo, el 46% de las gestantes, siendo las patologías familiares prevalentes la Diabetes y la Hipertensión arterial (47% y 36% respectivamente). Un 14% poseía antecedentes personales y de embarazos anteriores de preeclampsia / eclampsia (24%), de hipertensión arterial (17%), nefropatías (13,8%) y Chagas (13,8%).

En cuanto al examen físico de las embarazadas, se observó que el 99,5% tenía consignada la medición de talla y el 98,9% el peso pregestacional. En todos los casos se había realizado medición de altura uterina, cálculo de edad gestacional por FUM y medición de peso correspondientes al último control realizado. Tomando esta última variable y relacionándola con talla y semanas de amenorrea se pudo determinar que el 59% se encontraban con estado nutricional normal para la edad gestacional, un 10 en déficit y el 31% en exceso. Cabe aclarar que el estado nutricional de las embarazadas mayores de 19 años y las adolescentes que cursaban segundo y tercer trimestre de gestación se valoraron con gráficas de Calvo y cols.; las adolescentes que cursaban el primer trimestre de embarazo fueron valoradas con gráfica IMC/edad de OMS, por cuanto el estudio de Calvo y cols. no incluyó adolescentes. Los resultados de estado nutricional según edad de la embarazada se observan en el Cuadro II.

El 53% de las mujeres refirió haber tenido revisión de mamas durante las visitas prenatales.

El 70,55% (n=132) (70,5%) contó con determinación bioquímica de hemoglobina posterior al primer control, evidenciando que el 34% presentó valores inferiores a 11 g/dl.

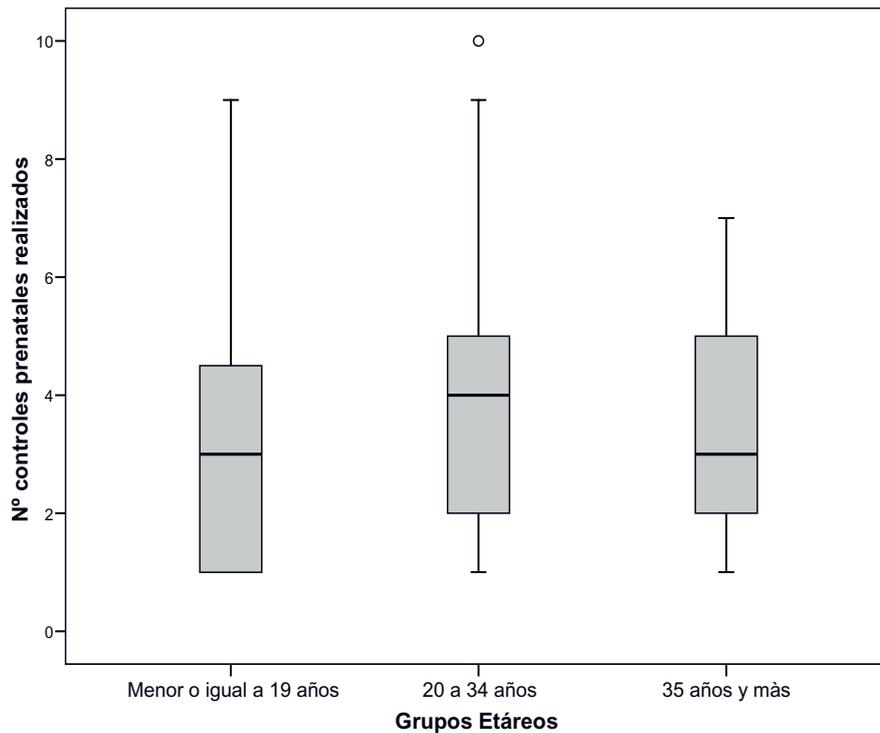
Fueron diagnosticadas con patologías durante el embarazo un 42% %, siendo prevalentes la anemia, infección urinaria y parasitosis. El 74,2% refirió consumir el suplemento de ácido fólico/sulfato ferroso prescripto y el 87,2% indicó estar vacunada.

Analizando la integralidad de la atención prenatal recibida, se menciona que el 100% había cumplimentado con la consulta médica y de enfermería. Cabe recordar que 32 embarazadas realizaban su primer control prenatal, por cuanto este porcentaje de mujeres (17%) no contaba aún con exámenes de laboratorio. Un 74% cumplimentó con la visita odontológica. Se destaca que todos los centros de salud incluidos en el presente trabajo contaban con profesionales Nutricionistas conformando el equipo de salud, por lo que la totalidad de las embarazadas tenían control nutricional realizado.

Cuadro I
Inicio del control prenatal según grupos de edad de embarazadas asistidas en centros de salud. Salta capital. 2012-2013

| GRUPOS DE EDAD | INICIO DEL CONTROL PRENATAL | | | | | | TOTAL | |
|----------------|-----------------------------|-------|-----------|-------|--------|-------|-------|------|
| | PRECOZ | | ACEPTABLE | | TARDIO | | | |
| ≤ 19 años | 25 | 62,5% | 11 | 27,5% | 4 | 10,0% | 40 | 100% |
| 20 a 34 años | 82 | 63,6% | 39 | 30,2% | 8 | 6,2% | 129 | 100% |
| ≥ 35 años | 12 | 66,7% | 6 | 33,3% | 0 | 0,0% | 18 | 100% |

Figura 1
Numero de controles prenatales realizados según grupos de edad de embarazadas asistidas en centros de salud. Salta capital. 2012-2013



Cuadro II
Estado nutricional / edad gestacional según grupos de edad de embarazadas asistidas en centros de salud. Salta capital. 2012-2013

| GRUPOS DE EDAD | ESTADO NUTRICIONAL / EDAD GESTACIONAL | | | | | | | |
|----------------|---------------------------------------|-------|--------|-------|-----------|-------|----------|-------|
| | DEFICIT | | NORMAL | | SOBREPESO | | OBESIDAD | |
| ≤ 19 años | 10 | 55,6% | 27 | 24,5% | 2 | 4,0% | 0 | 0,0% |
| 20 a 34 años | 7 | 38,9% | 76 | 69,1% | 41 | 82,0% | 5 | 62,5% |
| ≥ 35 años | 1 | 5,6% | 7 | 6,4% | 7 | 14,0% | 3 | 37,5% |
| TOTAL | 18 | 100% | 110 | 100% | 50 | 100% | 8 | 100% |

*Se trabajó con 186 casos por no contar con el dato de talla de una observación

DISCUSIÓN

La edad en los extremos de la vida reproductiva de las mujeres es un factor que se asocia con resultados maternos y neonatales. Las mujeres con edades en riesgo representaron casi un tercio del total de entrevistadas.

La atención prenatal es efectiva en la medida en que se realiza tempranamente, y que guarde cierta periodicidad. En este estudio aproximadamente dos tercios de las embarazadas iniciaron precozmente el CPN y cerca del tercio restante en forma aceptable teniendo en cuenta el cronograma definido por el CLAP/SMR, siendo esta característica común a todas las embarazadas independiente de la edad. Estos valores difieren de los citados por Bravi Olivetti y cols. en su estudio efectuado en Corrientes, donde el 23% de los controles fueron precoces, y el 50% y 27% aceptables y tardíos respectivamente (5) y ampliamente superiores a los mencionados por Pécora y cols. (6)

El objetivo de las visitas prenatales es confirmar la buena evolución del embarazo y permiten la identificación del riesgo gestacional, por lo cual es necesario realizar un número adecuado de consultas prenatales a lo largo del embarazo. Los datos de número de visitas realizados mostraron que un alto porcentaje de las mujeres estudiadas habían cumplimentado con las visitas según la edad gestacional. Estos valores difieren de los consignados por Arispe y cols. (7,4% con controles adecuados). (7) En el Primer Informe Nacional de Relevamiento Epidemiológico realizado en 2011 se indica que en Salta durante el año 2011 tuvieron un número de visitas insuficiente el 11% de un total de 15.971 parturientas reportadas. (8)

Los antecedentes familiares de las gestantes indicaron, en un porcentaje considerable, la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles. Los antecedentes personales representaron un factor de riesgo de desarrollar hipertensión inducida por el embarazo.

El conocer talla materna, peso preconcepcional permiten el cálculo del IMC preconcepcional a fin de evaluar el incremento de peso materno en diferentes periodos del embarazo y detectar estados de déficit o exceso, ya que estos se asocian a patologías durante este periodo y a un aumento en la morbimortalidad del recién nacido. La valoración del estado nutricional actual de la embarazada es de suma importancia ya que permite promover un crecimiento fetal normal, favorece la normal finalización de la gestación como así también la salud de la mujer y sus futuros embarazos. El estado nutricional de las gestantes de este estudio indicó que aproximadamente la mitad se encontraban en riesgo nutricional por bajo peso y por sobrepeso/obesidad, estado que indica la necesidad de una mayor frecuencia en los controles nutricionales que las mujeres que tenían estado nutricional normal. Teniendo en cuenta la edad gestacional de las embarazadas las acciones menos consignadas fueron el examen físico mamario, la realización de análisis bioquímicos sanguíneos y la vacunación. La

prevalencia de patologías, en particular de anemia arrojó cifras valores superiores a los reportados a nivel país en 2008 por el informe surgido de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, Anemia: la desnutrición oculta (30,5%). (9)

El porcentaje de gestantes que refirieron consumir suplemento de ácido fólico/hierro también fue superior al reportado en este último informe mencionado (24,4% de las embarazadas argentinas), pero similares a los citados para la Provincia de Salta en el Primer Informe Nacional de Relevamiento Epidemiológico (76,6%). Al respecto se recuerda la recomendación establecida por la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, que todas las embarazadas deberían recibir suplementación de hierro.

En su mayoría estas embarazadas recibieron asistencia multidisciplinaria cumplimentando con un CPN de tipo MELON (Médicos obstetras, Enfermeros, Laboratorio bioquímicos, Odontólogos y Nutricionistas). El control odontológico se recomienda realizarlo antes de la 20ª semana de gestación, en este estudio la mitad de las que lo omitieron se encontraban cursando la semana 21ª o más de gestación.

CONCLUSIONES

El inicio del CPN de estas embarazadas fue precoz y/o aceptable en su mayoría, con un número adecuado de visitas al equipo de salud acorde a la edad gestacional. Las acciones consignadas en las HC indicaron que los antecedentes personales y familiares, el estado nutricional para la edad gestacional, la prevalencia de anemia constituyen factores de riesgo materno-neonatales, pero que al ser detectados oportunamente habrían favorecido la planificación e implementación de acciones tendientes a minimizar daños en la salud del binomio madre-hijo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fescina, R. H.; De Mucio, B.; Díaz Rosello, J. L.; Martínez, G.; Serruya S.; Durán, P. Salud Sexual y Reproductiva. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizada en APS. 3ª Ed. Montevideo, Uruguay: CLAP/SMR; 2011. (Publicación CLAP/SMR, 1577). P. 39 y 40.
2. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Primera Edición. Argentina, 2013. P. 30 y 37.
3. Schwarcz, R.; Uranga, A.; Lomuto, C.; Martínez, I.; Galimberti, D.; García, O. M.; Etcheverry, M. E.; Queiruga, M. El Cuidado Prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal. Argentina, Ministerio de Salud de la Nación, 2001. P. 7.
4. Organización Mundial de la Salud. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. Ginebra: Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization; 2003.
5. Bravi Olivetti, M. A.; Pedrozo, L. R.; Santillán, R. M.; Machado, S. Características de los controles prenatales de pacientes púerperas internadas en el Hospital "Dr. José R. Vidal" de la Ciudad de Corrientes. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 213 – Diciembre 2012. P. 7
6. Pécora, A.; San Martín, M. E.; Cantero, A.; Furfaro, K.; Jankovic, M. P.; Llopart, V. Control prenatal tardío: ¿Barreras en el sistema de Salud? Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2008; 27 (3). P. 118
7. Arispe, C.; Salgado, M.; Tang, G.; González, C.; Rojas, J. L. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Rev. Med. Hered. 22 (4), 2011. P. 171
8. Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Primer informe nacional de relevamiento epidemiológico SIP-Gestión: desarrollo e implementación a escala nacional de un sistema de información en salud de la mujer y perinatal en Argentina. Buenos Aires: OPS, 2013. P.81
9. Kogan, L.; Abeyá Gilardón, E.; Biglieri, A.; Mangialavori, G.; Calvo, E.; Durán, P. Anemia: La desnutrición oculta. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud –ENNyS– 2008. Argentina. Ministerio de Salud. 2008. P. 54