



FACULTAD DE MEDICINA

“CONTROL PRENATAL INSUFICIENTE Y
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES
EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO
DE SALUD DE LA PARROQUIA CUMBE, EN EL
AÑO 2011”

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA

AUTOR

Dr. Juan Pablo Aguilera Camacho

DIRECTOR

Dr. José Sola V.

Cuenca – Ecuador

2011

Dedicatoria

A mi familia, por el
gran apoyo y
esperanza prestados
y de manera especial
a mi esposa Paola
por ser la causa de
mi superación.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por la vida

A mi familia por el apoyo

Al Dr. José Ortiz Director de Investigación en la Facultad de Ciencias Médicas, de la

Universidad Estatal de Cuenca, por la asesoría en la realización del trabajo.

Al Dr. Paulino Vintimilla Marchan, Medico Ginecólogo – Obstetra, por la asesoría, revisión y

formulación de recomendaciones del presente estudio.

A la Dra. Miriam Mora mi tutora en el postgrado, por la paciencia y guía en todo el tiempo del mismo.

INDICE	pág.
RESUMEN.....	01
INTRODUCCIÓN.....	02
CAPÍTULO I.....	11
MARCO TEÓRICO.....	12
CONTROL PRENATAL.....	12
- Eficacia del control prenatal de rutina (programado)	
- Cronología de las actividades para el control prenatal de bajo riesgo	
- Historia Clínica Perinatal	
EL EMBARAZO Y SU CONFIRMACION.....	17
- Determinación De La Edad Gestacional	
- Medida Rutinaria De La Altura Uterina Con Cinta Métrica	
- Determinación Del Grupo Sanguíneo Y Del Factor RH	
- Confirmación De La Existencia De Vida Fetal	
- Evaluación Nutricional De La Embarazada	
PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA.....	22
EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	23
PERCEPCIÓN CULTURAL DEL AUTO CUIDADO PRENATAL.....	24
LA REALIDAD DEL CONTROL PRENATAL EN EL ECUADOR.....	26
- Tasas de mortalidad infantil y mortalidad por causas materna	
- Cobertura de atención prenatal	
BARRERAS PARA UN CONTROL PRENATAL NO EFECTIVO.....	28
PARTERAS.....	28
- Algunas razones culturales para el mantenimiento de las comadronas	
- Desventajas de las parteras	
PARTO EN CASA.....	30
FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL EMBARAZO.....	31
- Concepto	
- Criterios para funcionalidad familiar	
- Homeostasis familiar	
- Familia funcional	
- Satisfacción familiar	
- Familia disfuncional	

VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL A GESTANTES.....	34
- Objetivos	
- Acciones	
CAPÍTULO II.....	35
Objetivo General	
Objetivos Específicos	
CAPÍTULO III.....	37
Hipótesis	
CAPÍTULO IV.....	39
Metodología	
CAPÍTULO V.....	44
Tabla basal de variables	
Características generales de la muestra	
CAPÍTULO VI.....	49
Tabla de resultado.....	50
Análisis de resultados.....	51
Conclusiones.....	53
Recomendaciones.....	54
Referencias Bibliográficas.....	55
ANEXOS.....	57

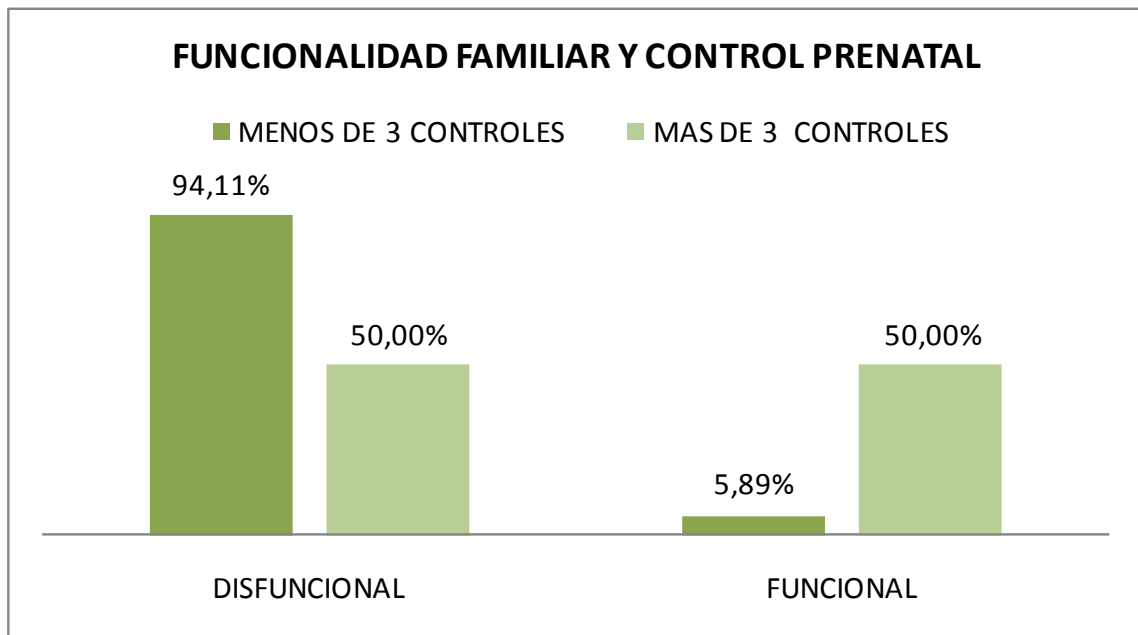


Grafico N° 1 Comparación de funcionalidad familiar y el número de controles durante la gestación.

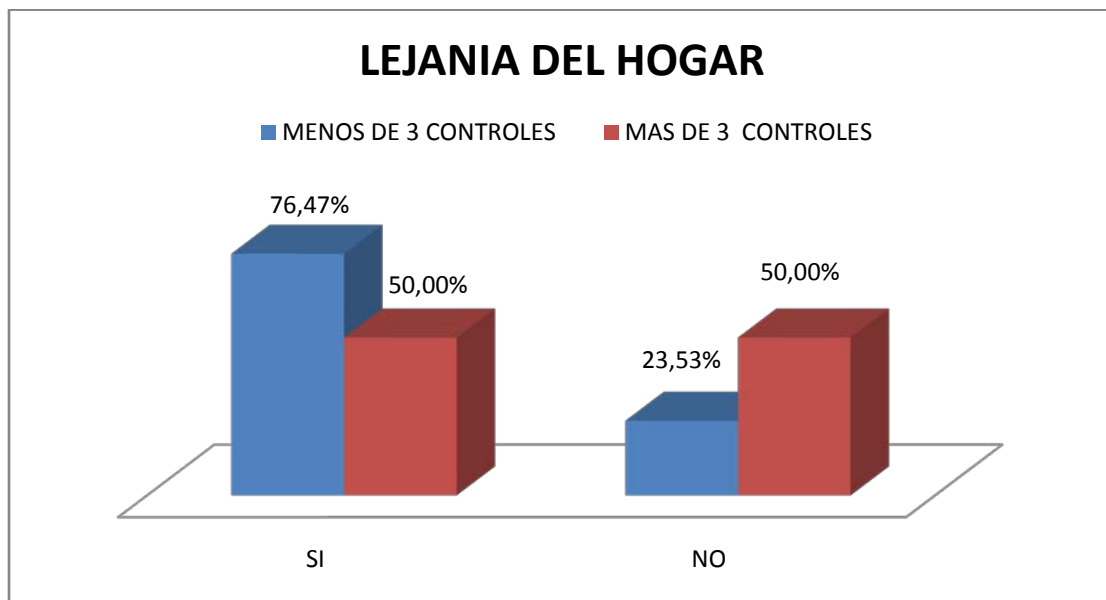


Gráfico N°2 Comparación de la lejanía del hogar hacia centros médicos y el número de controles prenatales.

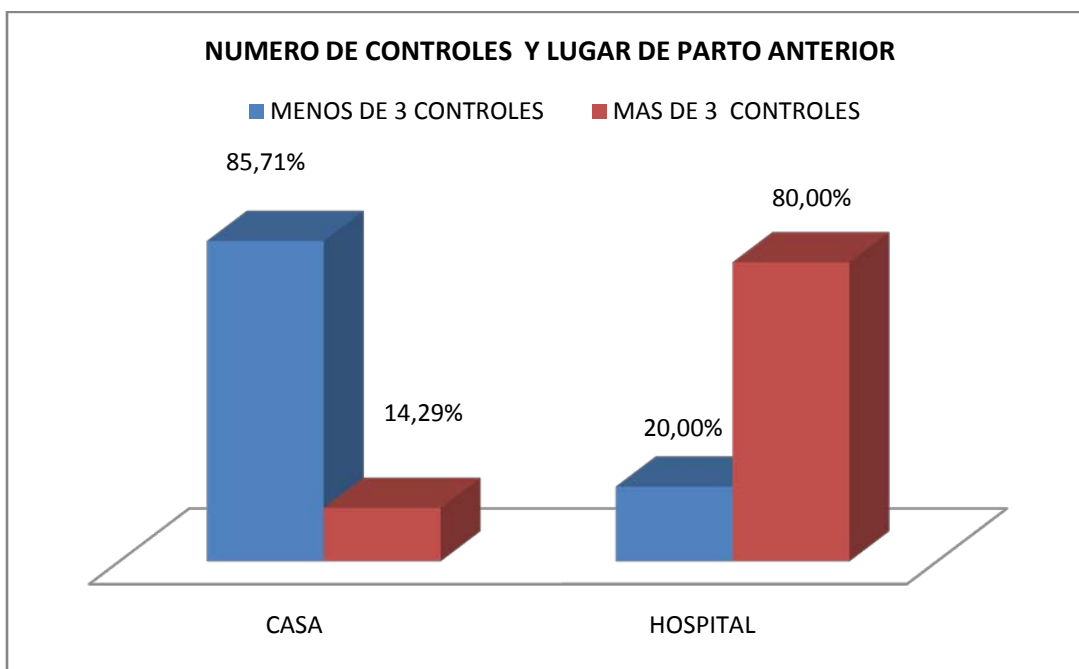


Gráfico N° 4 Comparación del numero de controles pre-natales y el lugar del parto anterior.

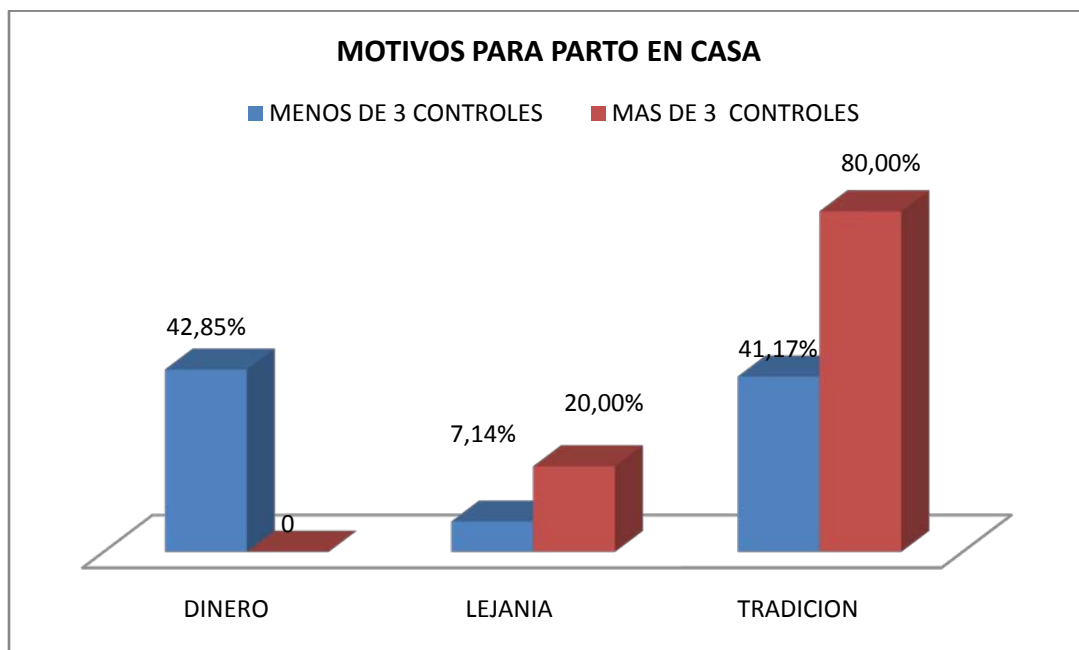


Gráfico N° 5 Comparacion del número de controles pre-natales y las razones elegidas para el parto en casa.

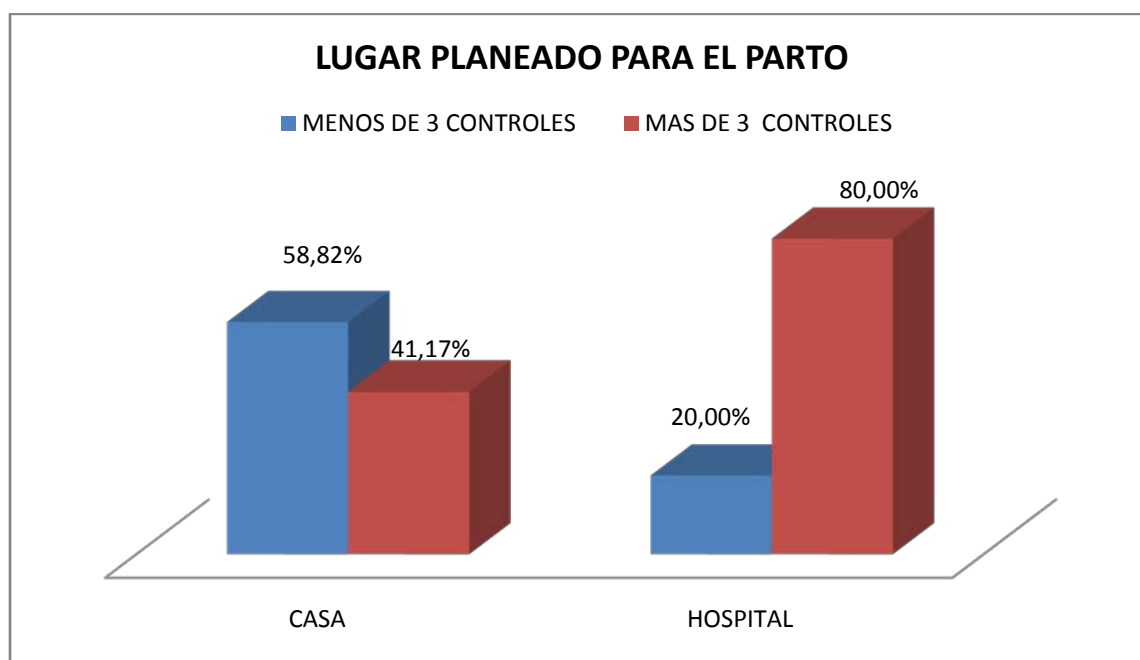


Gráfico N° 6 Comparación del número de controles pre-natales y el lugar planeado para el parto.

RESUMEN

La gestación es un proceso fisiológico, con cierta frecuencia puede sufrir situaciones de mayor vulnerabilidad biológica, psicológica y social para la mujer, por lo que se aceptan una serie de cuidados y observaciones encargados de prevenirlas o diagnosticarlas precozmente. Por tal motivo se ha creído necesario conocer la asociación del funcionamiento familiar y otros factores con el bajo control pre-natal con la finalidad de lograr estrategias para lograr un número y calidad óptima de valoraciones pre- natales, a fin de disminuir el riesgo obstétrico. Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, cuantitativo cuya muestra era la captación de 27 mujeres que se encontraban entre las 20 y más semanas de gestación que acuden al Subcentro de la parroquia Cumbe, en las cuales se valoró el número de controles médicos efectivos pre- natales en comparación con el funcionamiento familiar valorado mediante el Test APGAR familiar, además se realizó otras comparaciones con otras variables de índole social; observándose que si existe una asociación entre la disfuncionalidad familiar y el bajo número de controles durante la gestación, así como predilección por un parto en casa y atención por parteras; por otro lado también se observó que el factor económico y la lejanía del hogar también influyen en llevar una adecuada valoración gestacional.

Palabras clave: Control pre-natal, funcionalidad familiar, APGAR familiar.

SUMMARY

Pregnancy is a physiological process, with some situations can often suffer greater biological vulnerability psychological and social support for women so they accepted a range of care and observation, charged with preventing or diagnosing early. Therefore it was thought necessary to know the association of family functioning and other factors with the pre-natal control in order to achieve strategies to achieve an optimum number and quality pre-natal assessments, in order to reduce the risk obstetrics. We performed a prospective, descriptive, quantitative, whose shows were 27 women who were between 20 and more weeks of gestation attending the Sub-center of the parish Cumbe, in which we evaluated the number of effective medical controls compared prenatal with family functioning assessed by family APGAR Test, was also carried out other comparisons with other social variables in nature, observing that if an association between family dysfunction and low number of controls during pregnancy, as well as preference for a home birth and care by midwives, on the other side also noted that the economic factor and the distance from home also influence gestational take a proper assessment.

Keywords: Control pre-natal, family functioning, family APGAR.

INTRODUCCIÓN

La gestación es un proceso fisiológico, que con cierta frecuencia puede sufrir alteraciones por lo que se aceptan una serie de cuidados y observaciones, encargados de prevenirlas o diagnosticarlas precozmente.

La mayoría de los embarazos no presentan patologías pero es una etapa de gran vulnerabilidad tanto para la madre como para el hijo.

El 90% de la morbi-mortalidad perinatal es debida a:

- Alteraciones genéticas y malformaciones del feto.
- Parto pre-término.
- Pre-eclampsia e insuficiencia placentaria.
- Otras

La OMS indica que la morbi-mortalidad neonatal y materna se reduce en relación directa a la precocidad de la primera visita, a un número suficiente de controles durante el embarazo y al hecho de recibir durante el parto una atención adecuada.¹

Los estudios observacionales suelen demostrar que en las mujeres que reciben control prenatal la mortalidad materna y perinatal es menor y los resultados del embarazo son mejores. Estos estudios también permiten establecer una relación entre el número de consultas prenatales y la edad gestacional al inicio del control y los resultados del embarazo luego de controlar los factores de confusión, como la duración de la gestación.

De acuerdo con la evidencia disponible, el programa de cuatro consultas prenatales contiene el número mínimo de consultas que debe ofrecerse para los embarazos de bajo riesgo.

La calidad de la atención en los servicios de salud reproductiva responde a un proceso de interrelación entre los usuarios, los prestadores de servicios, el sistema de salud y el sistema social.

Los índices de equidad en salud incluyen accesibilidad a los servicios de salud, atención prenatal y mortalidad perinatal y materna y es necesario establecer los principios éticos de la profesión médica sobre la base de diagnósticos más científicos de la salud femenina, con absoluto respeto

de los derechos reproductivos, que resultan equiparables a los principios de dignidad individual, equidad y no-discriminación, participación y solidaridad, resultando importante establecer el abordaje de la salud femenina como visión de salud colectiva dentro de los fenómenos sociales.²

¹ “Control pre-natal en migrantes”. www.cfnavarra.es/salud/anales

² Reporte de avance en el ODM5 en América Latina y el Caribe. Mejorar la salud materna. 2010. www.cepal.cl

DETERMINANTES PSICO SOCIALES DURANTE LA GESTACION

El propio embarazo es una situación de mayor vulnerabilidad biológica, psicológica y social para la mujer. Dado que la gestación constituye un periodo de alta demanda fisiológica, en el que se ponen a prueba todos los sistemas fisiológicos de la mujer (cardiovascular, endocrino, etc.), varios autores proponen considerar este periodo como un test de esfuerzo en el que puede quedar en evidencia la vulnerabilidad de la mujer para el enfermar más adelante. Es frecuente que en esta etapa de la vida aparezcan las primeras manifestaciones de enfermedades crónicas tales como hipertensión, diabetes o depresión.

Además, es posible que durante la gestación pudieran prevenirse algunas enfermedades de inicio en la vida adulta que han demostrado estar relacionadas en su origen con una “programación fetal” influida por el ambiente intrauterino. La presencia de factores de riesgo psicosocial durante la gestación aumenta la probabilidad de que la mujer presente síntomas físicos, emocionales, conductas de riesgo, maltrato a los hijos/ as, violencia e, incluso, enfermedades, tales como depresión, hipertensión arterial y otras. Las personas y familias tienen distintas probabilidades de presentar alteraciones en su salud, dependiendo de la tensión o equilibrio entre factores de riesgo y factores protectores.³

Este principio justifica la detección de estos factores con el fin de orientar de manera óptima la red de cuidados y aprovechar los recursos disponibles en función de las necesidades particulares de cada persona y familia.

Sin embargo, es fundamental tener en cuenta que los procesos que permiten identificar a las mujeres en riesgo, no son un fin en sí mismos. No es útil, ético ni adecuado identificar problemas si no existen los recursos ni estrategias para tratarlos.

Aceptando esta mayor vulnerabilidad biológica, el embarazo también se constituye en una oportunidad valiosa de apoyar a la mujer y su familia para generar condiciones que faciliten la readecuación de los roles dentro de la familia, incluyendo la redistribución del trabajo doméstico.

Detectar las determinantes bio-psico-sociales que generan desigualdades en el desarrollo integral de niños y niñas desde antes de nacer - potencialmente modificables en los primeros años de vida e intervenir para aminorar su impacto, ha demostrado ser una estrategia efectiva para disminuir las inequidades sociales⁴

³ Ramos Gutiérrez R, Barriga Marín J, Pérez Molina J. “EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA COMO FACTOR DE RIESGO PARA MALTRATO “

⁴ Pasarín L, Casanueva E, Sámano R –“Redes sociales asociadas al cuidado prenatal de las madres adolescentes y su relación con el acceso al sistema de salud. Estudio de dos poblaciones argentina-méxico1”- 2007. FETAL”.

Idealmente, los factores de riesgo debieran ser detectados en la primera atención prenatal, especialmente aquellos que requieren acciones rápidas y multidisciplinarias.

Otros ámbitos pueden ser explorados en las sucesivas atenciones, ya que puede ser agotador e incómodo preguntar por todos los factores posibles en una sola entrevista⁵

Los objetivos de estas intervenciones prenatales son, en general:

- Mejorar la percepción de la mujer gestante respecto al apoyo con que cuenta y favorecer la utilización de su red social existente, fomentando la búsqueda y el acceso a recursos sustitutos.
- Favorecer la expresión de sentimientos.
- Favorecer la identificación de problemas, cuando procede.
- Fortalecer la autoestima y la identificación de sus propios recursos personales y familiares.
- Fomentar el auto cuidado
- Anticiparse a los daños

EVALUACIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL DURANTE LA GESTACIÓN

Las mujeres pueden desarrollar problemas de salud mental durante el embarazo, el parto y durante el año siguiente. Estos problemas varían desde depresión (mayor y menor), trastornos de ansiedad, trastorno por estrés postraumático al trastorno bipolar, la esquizofrenia y la psicosis (psicosis puerperal). El estrés causado por el fallecimiento de un familiar; una separación; el desempleo; una enfermedad; mudarse de casa; la emigración; la ausencia de redes de apoyo social; antecedentes de trastornos psicológicos o psiquiátricos; antecedentes de abuso físico, emocional o sexual; el abuso de drogas o alcohol; una personalidad disfuncional o los diferentes estilos de adaptación y los comportamientos de los padres pueden contribuir a su aparición. Los factores obstétricos como el momento y tipo de parto y el temperamento infantil también tienen cierta influencia. Los trastornos pueden tornarse crónicos y repercutir en los embarazos futuros.

El estado de ánimo materno durante el embarazo y las enfermedades mentales pueden repercutir en el desarrollo del recién nacido tanto durante el embarazo como después del nacimiento. La evaluación de los factores de riesgo psicosocial y síntomas de angustia de las pacientes en los controles regulares del embarazo genera la oportunidad de vincular a las pacientes con los servicios apropiados.⁶

⁵Dra. V. Herrear, Dr. J. Oliva, Dr. F. Domínguez “RIESGO REPRODUCTIVO” www.sld.cu/galerias

⁶Austin Marie-Paule, Priest Susan R, Sullivan Elizabeth A. Evaluación psicosocial prenatal para la reducción de la morbilidad en salud mental perinatal (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4.

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

La familia acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad. La aparición de embarazo en la familia obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar.⁷

La aplicación de sistemas para la detección de factores psicosociales de riesgo y protectores durante la gestación es una recomendación de primera línea, dado que permite intervenir precozmente sobre factores que han demostrado un potencial efecto negativo sobre la salud de la madre y el feto.

⁷ Luis Rangel, L Valerio, J Patiño, M García. "FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA ADOLESCENTE EMBARAZADA". Rev. Fac Med UNAM Vol.47 No.1 Enero-Febrero, 2004,

COMO EXPLORAR Y QUE HACER FRENTE A CADA FACTOR DE RIESGO

Los tres primeros factores de riesgo son condiciones individuales que están registradas en la ficha clínica. La presencia de uno o más de ellos, debe alertar a una atención pre natal especialmente enfocada a las necesidades de la mujer y a una evaluación de los otros factores de riesgo especialmente cuidadosa y exhaustiva.

Estos son:

1. EDAD IGUAL O MENOR A 17 AÑOS DE EDAD:

Consecuencias para la madre:

Las adolescentes menores de 17 años enfrentan una probabilidad de muerte debida a complicaciones del embarazo y parto 4 a 8 veces mayor que la observada en el grupo de 15- 19 años. Las principales complicaciones que amenazan a las madres muy jóvenes son hipertensión arterial, eclampsia, anemia y distocia por desproporción céfalo-pelviana.

También existen consecuencias psico-sociales como la interrupción del proceso educativo, lo que disminuye las oportunidades de ingresar al mercado del trabajo más calificado, la limitación de la participación en actividades propias del grupo de pares y los costos emocionales de una maternidad no planeada o no deseada.⁸

Consecuencias para los hijos e hijas:

La consecuencia más importante es la mayor mortalidad infantil, cuya principal causa es el bajo peso al nacer, asociado a deficiencias nutricionales de las madres adolescentes. La mortalidad aumenta en la medida en que la madre es de menor edad.

Dentro de las posibles consecuencias tardías se pueden presentar problemas de salud mental, especialmente en niños/as que no han sido deseados/as o que han sido rechazados/as por el grupo familiar.

Otros factores que pueden afectar el desarrollo psicomotor, emocional y social de los/as hijos/as de madres adolescentes son: inestabilidad familiar, familias uniparentales, diversos roles

maternos y paternos (que cumplen los/as abuelos/as), padres aún dependientes económicamente o con bajos ingresos, entre otros.

2. INGRESO A CONTROL PRENATAL DESPUÉS DE LAS 20 SEMANAS:

Las razones de este inicio tardío de cuidados, pueden ser limitaciones de acceso, por ejemplo en mujeres que residen en zonas rurales o sensación de seguridad en mujeres multíparas, por ejemplo; sin embargo, existe evidencia de la asociación entre el inicio tardío de cuidados prenatales en primigestas y violencia de género.

Es muy probable que una consultante que inicia tardíamente estos cuidados tenga dificultades con la aceptación del embarazo, se sienta ambivalente o haya ocultado el embarazo por miedo o temor (adolescentes, relaciones extramaritales, abuso sexual o violación por parte de familiar, allegado u otro). El inicio tardío de los cuidados constituye un factor de riesgo para el logro del vínculo emocional con el niño o niña.⁸

3. ESCOLARIDAD DE SEXTO BÁSICO O MENOS:

Estudios realizados en Chile en el período comprendido entre 1990 y 1995, las tasas de mortalidad neonatal de los niños y niñas de madres sin instrucción formal fueron 12 veces mayores que las de los niños y niñas cuyas madres tenían 13 años o más de escolaridad. Entre los primeros, las tasas de mortalidad post-neonatal fueron dos veces mayores que entre los segundos. Los 2 factores anteriores no son modificables y como se dijo anteriormente es preciso tenerlos en consideración por su demostrada relación con una mayor morbi-mortalidad materna y peri natal. Tenerlos en consideración implica cuidar focalizadamente a este grupo de madres⁹

⁸ Elu, María del Carmen; Santos Pruneda, Elsa. "MORTALIDAD MATERNA: UNA TRAGEDIA EVITABLE." **Perinatol. Reprod. Hum.** , México, v. 18, n. 1, marzo 2004. Disponible en <<http://www.scielo.org.mx/scielo.php>

⁹A Póo, B Baeza, P Capel, M Llano, D Tuma "FACTORES QUE FAVORECEN LA GENERACIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA DESDE LA PERSPECTIVA DE ADOLESCENTES PRIMIGESTAS EN CONTROL PRENATAL" Revista SOGIA, 2005.

LAS CONDICIONES DE RIESGO POR LAS QUE SE DEBE PREGUNTAR Y QUE REQUIEREN INTERVENCIÓN INMEDIATA SON LAS SIGUIENTES:

1. Presencia de síntomas depresivos.

Antecedentes de depresión recurrente o de otro trastorno de salud mental.

2. Violencia intrafamiliar o abuso sexual.

La mujer puede ser aún más vulnerable en relación a la salud afectivo-sexual y reproductiva en consecuencia a las relaciones del poder dominante que se puede establecer desde el hombre y que también pueden influir en una mayor expresión de la violencia de género.

La violencia de género y el abuso sexual son expresión de las máximas inequidades de género. Culturalmente los hombres se han sentido con el derecho de controlar y mandar a las mujeres y con el poder para hacerlo. Las mujeres, por las mismas razones, han estado dispuestas a aceptarlo. Actualmente la ley reconoce a todas las personas el derecho a no sufrir violencia y el Estado desarrolla políticas públicas para protegerlas y castigar a los agresores. Pueden perder la oportunidad de ayudar a una mujer que la sufre. Todos los que atienden mujeres en salud sexual y reproductiva y especialmente durante una gestación deben tener información y ser sensibles no solo a los daños producidos por la violencia sino especialmente a las situaciones que anteceden a la violencia contra las mujeres y contar con las competencias necesarias para responder a éstas.¹⁰

Siempre que se atiende a una mujer gestante, hay que estar atentos a encontrar o buscar signos de daño físico o psicológico atribuibles a violencia. La mejor manera de determinar si una consultante está viviendo una situación de violencia o abuso es preguntarle. Las mujeres que viven la violencia no revelan la información por iniciativa propia, pero pueden hacerlo si alguien de confianza les habla del tema. El control prenatal es un espacio particularmente apropiado para ello.

¹⁰Ramos Gutiérrez R, Barriga Marín J, Pérez Molina J. “EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA COMO FACTOR DE RIESGO PARA MALTRATO FETAL”.

Cuando existe violencia durante la gestación existen dos víctimas: la mujer y el niño o niña en desarrollo. La violencia durante el embarazo causa un gran deterioro de la autoestima, síntomas depresivos y conductas de riesgo para la salud, como uso de sustancias, insuficiente adherencia a los cuidados prenatales, etc.

Existe evidencia de que es frecuente que la violencia de parte de la pareja se inicie durante un embarazo y que se intensifique durante la gestación. El abuso o violencia psicológica o emocional puede ir acompañado de violencia física y habitualmente no desaparece con el parto.

3. Consumo problemático y/o dependencia a tabaco, alcohol u otras drogas

Durante la gestación aumenta el reflejo de vomito, se modifica el gusto y el olfato y existe una mayor preocupación por conductas saludables para el feto y la propia mujer. Estos cambios favorecen la reducción o suspensión del consumo de tabaco, alcohol y drogas adictivas.

Ello ocurre de manera espontánea y habitualmente es suficiente la entrega de información, algunas recomendaciones y el refuerzo activo de la reducción o suspensión del consumo. Sin embargo existen mujeres gestantes en mayor riesgo de continuar el consumo y en ellas el impacto es muy negativo.¹¹

El uso de tabaco durante la gestación ha demostrado aumentar el riesgo de bajo peso al nacer y, a más largo plazo, problemas de regulación conductual, como Déficit Atencional y/o Hiperactividad.

El consumo de alcohol, cuyo impacto en el feto y recién nacido es ampliamente conocido, suele constituir un factor de riesgo difícil de pesquisar, dado la mayor censura social a que se exponen las mujeres que abusan del alcohol a diferencia de los hombres que lo hacen.

¹¹Baños, JE; Jiménez, E; Cos, R; Cayuela, E; Foradada, C; López, A; Bosch, F “EL EMBARAZO COMO FACTOR MODULADOR DEL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL” Publicado en Aten Primaria. 1998;22:150-7. - vol.22 núm 3 <http://www.elsevier.es>

Sin embargo, estudios nacionales recientes muestran que la prevalencia de abuso de alcohol en mujeres consultantes de atención primaria en grandes ciudades es muy alta.

4. Ausencia de pareja

La ausencia de pareja o la falta de apoyo de parte de ésta es un predictor de síntomas depresivos durante el segundo y tercer trimestre de la gestación y en el posparto.

Durante la gestación son esperables algunas modificaciones en la relación de pareja, tales como cierto distanciamiento en el plano sexual, sensación de falta de apoyo o soledad; aún cuando la pareja está presente y disponible.

La relación de pareja puede constituir fuente de apoyo, pero también de tensión y dolor emocional cuando no está presente. Un predictor de la calidad de la relación de pareja después del parto es la calidad de ésta durante la gestación.¹²

¹²LEYVA SORRIBE, Virginia; BERROA BONNE, Arelis; NEGRET DUTEL, Delvis y GARCIA, Ángel Jorge. "ALGUNOS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO A DESTIEMPO EN ADOLESCENTES". *Rev Cubana Enfermer* [online]. 2002, vol.

5. Otros condicionantes Psicosociales

Además de los anteriores, existen otros ámbitos psicosociales que son fundamentales durante la gestación. En ellos, es posible encontrar debilidades o fortalezas para hacer frente al proceso de gestación, parto y crianza. También es posible realizar intervenciones simples que ayuden a la mujer a disminuir sus debilidades y aumentar sus fortalezas.

Estos condicionantes son: apoyo social, capacidad de enfrentar eventos estresantes, nivel socioeconómico, relación con la familia de origen y autoestima.

a. Apoyo Social

Contar con apoyo social efectivo permite a las mujeres enfrentar las condiciones de riesgo con un menor impacto negativo en su salud y bienestar, aunque es frecuente que la presencia de más de un factor de riesgo se asocie a un apoyo social insuficiente (marginalidad). Es importante recordar que el aislamiento social es una característica frecuente en las mujeres que viven violencia de género, ya que impedir el acceso a la red social es una de las formas de control en las relaciones abusivas.¹³

El “apoyo social” entendido como el conjunto de personas o grupos (formales e informales) con los cuales la persona interactúa y que están interesadas y disponibles para apoyarla, favorece la sensación de estar segura y confiada en el entorno familiar y comunitario.

Contar con apoyo social suficiente y adecuado es un buen predictor de la salud mental. Más importante que la extensión o densidad de las redes de apoyo (número de personas o grupos y espacios de relación), es la efectividad, facilidad y rapidez del apoyo que brindan.

Durante la gestación, la mujer comparte con su red social la experiencia de tener un hijo o hija, es acompañada, recibe apoyo afectivo, comparte las tareas domésticas y otras cargas de trabajo y encuentra personas dispuestas e interesadas en apoyarla si enfrenta eventos estresantes.

¹³Alvarado M Rubén, Ernesto Medina L, Aranda Ch Waldo. “EL EFECTO DE LAS VARIABLES PSICOSOCIALES DURANTE EL EMBARAZO SOBRE EL PESO AL NACER Y EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO”. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. Mayo 2002 130 (5): 561-568. <http://www.scielo.cl/scielo>.

Debe considerarse que existen importantes diferencias culturales en la forma en que se manifiesta este apoyo. Para la atención de mujeres indígenas es necesario comprender las manifestaciones particulares del apoyo social en cada pueblo originario. También es importante considerar que las mujeres provenientes de otras zonas geográficas del territorio, con mucha probabilidad, están carentes de su red de apoyo, así como las mujeres inmigrantes de otros países. La falta de una familia extendida accesible puede ser una situación difícil durante la gestación.¹⁴

¹⁴Alvarado M Rubén, Ernesto Medina L, Aranda Ch Waldo. "EL EFECTO DE LAS VARIABLES PSICOSOCIALES DURANTE EL EMBARAZO SOBRE EL PESO AL NACER Y EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO". Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. Mayo 2002 130 (5): 561-568. <http://www.scielo.cl/scielo>.

b. Capacidad de enfrentar eventos estresantes

Los eventos estresantes son experiencias que generan tensión y agotamiento emocional con distintas fuentes de origen: problemas económicos, pérdida de fuente laboral personal o de la pareja, enfermedad o muerte de una persona significativa, problemas con la justicia, cambio de casa o ciudad, etc.

Parte importante de las estrategias para afrontar el estrés son aprendidas muy temprano en la vida. Cuando las respuestas aprendidas son efectivas, la persona puede vivir la situación estresante, con el impacto emocional que corresponda, sin presentar molestias ni conductas riesgosas.

Las reacciones mal adaptativas al estrés se manifiestan frecuentemente por somatizaciones y durante el embarazo, por ejemplo, por agudización o prolongación de las molestias más allá del primer trimestre (gestosis). Cuando han existido conflictos severos en la familia de origen, se puede generar el aprendizaje de mecanismos deficientes de adaptación al estrés, tales como, el abuso de alcohol y drogas, conducta violenta y desorganizada frente a la frustración, aislamiento social o intentos de suicidio reiterados.¹⁵

En todo caso, si la mujer no tiene mecanismos eficientes de adaptación al estrés pueden generarse conductas riesgosas para la salud materna y fetal y aumenta la probabilidad de una crisis. Por eso, es importante evaluar si son adaptativas o no las respuestas para enfrentar el estrés, tanto de la mujer como de su familia.

¹⁵Herrera Santí Patricia Ma., González Benítez Idarmis, Soler Cárdenas Silvio. "Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales de la familia en la salud familiar". Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2002 Abr; 18(2): 169-172. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>.

c. Nivel Socioeconómico

La condición socioeconómica es un importante determinante del nivel de salud, sea éste medido como riesgo de salud, incidencia de enfermedades o también como auto percepción y auto reporte de salud.

El bienestar socioeconómico y la satisfacción de las necesidades básicas permiten a las personas enfrentar de mejor manera los eventos vitales, como el embarazo, parto y crianza. El nivel socioeconómico bajo aumenta la probabilidad de parto prematuro, hipertensión, dislipidemias, obesidad y otros.

Aunque el nivel socioeconómico en sí mismo no es un factor de riesgo modificable, las intervenciones del equipo de salud pueden favorecer la reducción del riesgo a través del acceso a programas y beneficios del sistema de protección social.¹⁶

¹⁶G Cano-Serral, M Rodríguez-Sanz. “ DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS RELACIONADAS CON EL CUIDADO Y EL CONTROL DEL EMBARAZO” Gaceta, 2006 - SciELO Public Health

d. Sentimientos acerca del embarazo

Durante las primeras semanas de gestación, muchas mujeres experimentan ambivalencia respecto a la gestación. En ello puede influir la falta de planificación de éste, ausencia de pareja o problemas socioeconómicos. El rechazo activo al embarazo es un factor de riesgo poderoso para conductas de maltrato intrauterino. Es común que en estas situaciones los sentimientos de ira lleven a consumir drogas, conductas para-suicidas y maniobras abortivas. Usualmente el rechazo activo al embarazo está acompañado de situaciones de violencia y de aislamiento social.

e. Autoestima

La autoestima puede ser definida como el tener una opinión favorable respecto de uno mismo. Una mujer con una autoestima saludable se sentirá bien respecto a si misma.

Muchas mujeres primerizas sienten cierta ansiedad respecto al cuidado infantil, pero, al mismo tiempo, poseen seguridad y sentimientos positivos con relación a sus habilidades maternas.

Mujeres con baja autoestima, frecuentemente tienen sentimientos de inseguridad respecto a sus futuras habilidades como madre. Estos sentimientos de inseguridad pueden estar asociados a cómo vivenciaron los sentimientos de competencia y habilidades maternas de sus propias madres; un factor que puede contribuir desfavorablemente en estas mujeres son los mensajes “alarmistas” provenientes de su entorno cercano, que sobreestiman posibles riesgos durante la gestación, o problemas durante el proceso de crianza.

Existe una alta correlación entre la baja autoestima materna y el abuso, tanto infantil como intrafamiliar¹⁷

¹⁷Goliat Reina Gómez. ALGUNOS ASPECTOS ÉTICOS SOBRE EL RIESGO PRECONCEPCIONAL Rev. bras. saúde matern. infant., Recife, 2 (1): 51-55, jan. - abril, 2002.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1. CONTROL PRENATAL:

Se entiende por Control Prenatal a la 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.

Eficacia del control prenatal de rutina (Programado):

Actualmente la mayoría de los autores coinciden con su eficacia cuando es provisto de rutina a toda la población de embarazadas, aunque para algunos las dudas se han planteado en cuanto a su utilidad para reducir la morbi-mortalidad perinatal dada por el bajo peso al nacer, por premadurez o por retardo del crecimiento fetal. Tal sospecha sobre la eficacia del control prenatal generalizado, proviene de algunos estudios clínicos controlados realizados principalmente en países desarrollados. El tipo de poblaciones incluidas, el tamaño muestral, las intervenciones estudiadas (visitas bisemanales, visitas domiciliarias, educación para la salud, evaluación del riesgo, exámenes cervicales) y los indicadores primarios de salida utilizados para medir su impacto (incidencia de pre-término y de bajo peso al nacer), plantean algunas dudas sobre la eficacia de ciertas intervenciones incluidas en el “paquete” del control prenatal y dejan preguntas por aclarar. Los interrogantes estimulan a la realización de nuevos estudios controlados que despejen los factores interferentes, que utilicen otras intervenciones e indicadores y que consideren otras poblaciones.

¿Como el control prenatal se asocia con una “dosis-respuesta” cuando éste es provisto a diferentes “dosis”? En cuanto a esta pregunta sobre el número total de consultas para embarazadas con bajo riesgo perinatal, la gran mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe, hace tiempo que redujeron las metas de 8 a 12 controles y adoptaron en sus normas los 5 controles propuestos por el CLAPOPS/ OMS en 1988. Esta propuesta de 5 controles prenatales, posteriormente fue respaldada por los resultados de un estudio clínico multicéntrico controlado llevado a cabo por la OMS.¹⁸

¹⁸ R. Schwarcz, A. Uranga, C. Lomuto, I. Martínez, D. Galimberti, O. García, M. Etcheverry, M. Queiruga - “Guía para la Práctica del Cuidado Preconcepcional y del Control Prenatal”- 2001 Ministerio de Salud Argentina.
www.crolimacallao.org.pe/pdf/libros/GuiaMinisteriocuidadoprenat.pdf Tomado el 18 de junio de 2010.

¿Cómo se pueden establecer niveles de cuidados para mujeres con diferentes riesgos? y ¿cuán eficaces son, por separado, los componentes que integran el paquete de intervenciones del control prenatal?

Estas son preguntas a ser esclarecidas por nuevas investigaciones. Es necesario aclarar aquí que los ensayos controlados realizados en países desarrollados si bien pueden tener en sus poblaciones diferencias socioeconómicas internas y de equidad para la provisión de servicios de salud, estas nunca son tan marcadas como las existentes en los países del tercer mundo.

Por la experiencia acumulada en los servicios de salud y por las evidencias científicas que hasta hoy se disponen, se puede decir que el cuidado de la salud durante el embarazo, es un buen ejemplo de medicina preventiva en el campo perinatal.

Los planificadores y organizadores de la salud deben considerar al cuidado prenatal como una etapa dentro del cuidado continuo de la salud de la mujer. Además, estos contactos con las mujeres y su familia son fundamentales para promover la salud, la educación para padres y para la crianza y para el establecimiento de un vínculo con los recursos de atención primaria de la comunidad. Junto a esto, la incorporación de las madres en situación de riesgo a programas de nutrición y servicios sociales, son, entre otras medidas, actividades que deben integrar el “paquete” del control prenatal.

Con el control prenatal se persigue:

- La detección de enfermedades maternas subclínicas.
- La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo.
- La vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal.
- La disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- La preparación psicofísica para el nacimiento.
- La administración de contenidos educativos para la salud, la familia y la crianza.

Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

- Precoz,
- Periódico.
- Completo.

- De amplia cobertura.

PRECOZ: Tratando que sea en el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además 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 riesgo que presenta la embarazada. Las de bajo riesgo requieren un número menor de controles de alto riesgo.

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

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

En general, para realizar un control prenatal efectivo, de por sí ambulatorio, no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados, ni laboratorios sofisticados; pero sí se requiere el uso sistemático de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente, y el empleo criterios de tecnología sensibles que enuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor que el esperado.

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

Es importante que la embarazada comience su control prenatal en el primer trimestre, es decir que a la falta de menstruación durante dos periodos consecutivos concurra al servicio de salud.

El comienzo del control en los tres primeros meses de embarazo (captación precoz) es de gran importancia, ya que pueden garantizar que el desarrollo del embarazo sea dentro de la normalidad, evitando riesgos para la madre y su futuro hijo.

Además de la captación precoz se requiere que los controles subsiguientes se realicen en forma periódica.

Cronología de las actividades para el control prenatal de bajo riesgo

Las actividades para el control prenatal deben estar dispuestas en un cronograma elaborado de acuerdo a la oportunidad en que deben ser realizadas a lo largo del embarazo. En cada consulta debe confluír la mayor cantidad de actividades con la finalidad de reducir al mínimo útil el número de controles.

La elección del número, la oportunidad de cada consulta y el contenido de las mismas se basan en el conocimiento epidemiológico del momento de aparición de los problemas perinatales prevalentes y en la posibilidad de resolverlos o controlarlos por tecnologías, prácticas y procedimientos de eficacia demostrada.

En embarazos normales la frecuencia del control prenatal es:

- 1 vez por mes hasta el sexto mes
- 1 vez cada 15 días en el séptimo y octavo mes
- 1 vez por semana hasta el nacimiento.

Lo mínimo son 5 controles prenatales; según normas del Ministerio de Salud Pública.

Aplicando en forma rutinaria y extensiva, conjuntamente con otras medidas de salud pública como la atención institucional del nacimiento, el empleo de criterios de riesgo para determinar referencias y niveles de asistencia y la atención inmediata de los recién nacidos, contribuye a evitar muertes lesiones maternas y perinatales.

Además de la reducción de algunos puntos de la tasa de mortalidad perinatal y materna que pueden lograrse por la inclusión del control prenatal extensivo en los programas materno infantiles, hay posibles efectos adicionales de impacto difíciles de medir pero no menos importantes.

Alejar las dudas de las gestantes, despejar los miedos y tabúes, lograr mayor acercamiento y confianza hacia el sistema de salud, una actitud más positiva hacia la maternidad, hacia el espaciamiento de los hijos, y mejoramiento de los hábitos de vida familiares, mejor disposición para el control de crecimiento y desarrollo uterino del niño, fomentar la actitud hacia la lactancia natural, dar a conocer el plan de vacunación, son ejemplos de beneficios colaterales.

Historia Clínica Perinatal

El primer contacto con la mujer gestante debería ser utilizado para realizar la historia clínica, dado que es la mejor fuente de información para evaluar los diferentes riesgos y de esta forma convertirse en un elemento de planificación para el futuro cuidado prenatal. No siempre los clínicos toman acciones basadas sobre la información obtenida de las historias clínicas o manejan de manera apropiada la información de los carnés prenatales. La experiencia de la utilización de métodos de recolección de la información como es la historia clínica perinatal base ha mostrado un déficit en el llenado de la misma, impidiendo realizar un correcto análisis de la información.

Una investigación clínica aleatorizada demostró que la utilización de una metodología estructurada en la recolección de información durante la primera consulta resultó en una mejor y más completa información y una optimización de las acciones clínicas. Este resultado refuerza la necesidad de enfatizar un cambio de actitud en el equipo de salud al respecto.

Para realizar un relevamiento de las acciones del control prenatal se ha convenido en una serie de preguntas referidas a la identificación socio educacional, antecedentes familiares, personales, obstétricos y del embarazo actual, cuya respuesta es por sí una pauta que debe seguir quien realice el control de una gestante.¹⁹

¹⁹ Dres. Sergio Casini, Gustavo A. Lucero Sáinz, Martín Hertz y Elsa Andina División Obstetricia, Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.- GUÍA DE CONTROL PRENATAL DEL EMBARAZO NORMAL

Enfoque de riesgo obstétrico:

El enfoque de riesgo se fundamenta en el hecho que no todos los individuos tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado, sino que para algunos, dicha probabilidad es mayor que para otros.

Esta diferencia establece un gradiente de necesidades de cuidados que va desde un mínimo para las mujeres de bajo riesgo o baja probabilidad de presentar un daño, hasta un máximo, necesario solo para aquellas con alta probabilidad de sufrir problemas vinculados al proceso reproductivo.

La evaluación del riesgo no es una tarea sencilla. El concepto de riesgo es fundamentalmente probabilístico y la cadena que asocia un factor de riesgo con daño no siempre está definida. En algunos, por ej. : El daño muerte fetal, deriva claramente de un factor, pero en otros, la relación es mucho más difícil de establecer por desconocimiento del factor o factores intervinientes o por dificultad en establecer el peso individual de cada uno de ellos, cuando el problema es multifactorial.

Los primeros sistemas de evaluación de riesgo fueron elaborados en base a la observación y la experiencia de sus autores, y sólo recientemente han sido sometidos a evaluaciones, persistiendo dudas sobre su eficacia como discriminador del mismo.

Los sistemas basados en puntajes adolecen aún de exactitud del valor asignado a cada factor y a las asociaciones de ellos y hay grandes variaciones de acuerdo a su aplicación a individuos o poblaciones. Deberían elaborarse en cada lugar, luego de conocer el real peso que tienen localmente los factores.

El uso simple de listados, permite separar a las embarazadas en dos grupos. Existen características cuya presencia en la embarazada la califican de alto riesgo y la excluyen del control prenatal de bajo riesgo.²⁰

²⁰Vargas García, Carlos; Ayala Quintero, María Teresa; Vargas García, Leopoldo; Silanes, Antonio L; López Maldonado, Micaela. "ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD PERINATAL CON ENFOQUE DE RIESGO." 13(4):264-70, oct.-dic. 1999.

Listado De Factores De Riesgo

a) Características individuales o condiciones socio demográfico desfavorable:

Edad menor de 17 años o mayor de 35 años.

Ocupación: esfuerzo físico, carga horaria, exposición a agentes físicos, químicos y biológicos, estrés.

Desocupación personal y/o familiar

Situación inestable de la pareja.

Baja escolaridad.

Talla baja

Peso menor de 45 Kg.

Dependencia de drogas ilícitas y abuso de fármacos en general.

b) Historia reproductiva anterior

Muerte perinatal en gestación anterior.

Recién Nacido con peso al nacer menor de 2500 grs. o igual o mayor de 4000 grs.

Aborto habitual

Cirugía uterina anterior

Hipertensión

Nuliparidad o multiparidad

Intervalo ínter genésico menor de 2 años

c) Desviaciones obstétricas en el embarazo actual.

Desviaciones en el crecimiento fetal, número de fetos o del volumen del líquido amniótico.

Ganancia de peso inadecuado.

Amenaza de parto de pre-término o gestación prolongada

Pre-eclampsia

Hemorragias durante la gestación

Madre con factor Rh negativo con o sin sensibilización.

Óbito fetal

d) Enfermedades clínicas.

Cardiopatías

Neuropatías

Nefropatías

Endocrinopatías

Hemopatías

Hipertensión arterial

Epilepsia

Enfermedades infecciosas

Enfermedades autoinmunes

Ginecopatías

2. EL EMBARAZO Y SU CONFIRMACION

Se debe pensar en embarazo en toda mujer con ciclos regulares que presenta un atraso en la aparición de su menstruación.

El examen gineco-obstétrico al comprobar modificaciones de tamaño del útero comprueba los signos de probabilidad. Los signos de certeza se logran por la auscultación de los latidos fetales o por visualización ecografía del saco gestacional y del embrión. También se confirma el embarazo por métodos bioquímicos como es la determinación de la hormona Gonadotrofina Coriónica y su subunidad beta, la más precoz para el diagnóstico de embarazo.

Determinación De La Edad Gestacional:

Se efectuará tomando en consideración la fecha de última menstruación (FUM), calculando la semana actual de embarazo por las reglas clásicas (Pinard, Wahl o Naegele) o haciendo uso del gestograma. En caso de duda la edad gestacional se puede corroborar por la medición de la altura uterina con la cinta obstétrica o por medio de la antropometría ecografía.

Medida Rutinaria De La Altura Uterina Con Cinta Métrica:

Este es un procedimiento ideal para el seguimiento del crecimiento fetal en el nivel primario de atención y su implementación requiere:

- a.- Provisión de cintas métricas y de historias clínicas prenatales que incluyan graficas de las curvas del incremento de la altura uterina en las que se muestren los percentiles 10, 50, 90.
- b.- Capacitación de los trabajadores de la salud en el manejo de los problemas detectados y provisión de protocolos claros, incluyendo criterios para la referencia de la embarazada.
- c.- Auditoria continúa de la práctica y calidad de la medida de la altura uterina.

La medida seriada de la altura uterina durante el control prenatal permite verificar el crecimiento fetal normal y detectar posibles desviaciones. Para ello se diseño una curva de altura uterina en función de la edad gestacional.

Determinación Del Grupo Sanguíneo Y Del Factor RH:

La izo inmunización por factor Rh, es un proceso que puede ser modificado con el uso de gammaglobulina anti D hiperinmune.

Las mujeres Rh negativas cuyos hijos son Rh positivos, compatibles al sistema ABO, tienen 16 % de probabilidad de izo inmunizarse como consecuencia de ese embarazo y de ellos, 0,3 a 1,9 % se sensibilizan antes del nacimiento.

La aplicación de la gammaglobulina anti D, dentro de las 72 h. del parto, a puérperas Rh negativas no sensibilizadas, con hijo Rh positivo, protege en un 84% la probabilidad de sensibilización.

La indicación se extiende en los abortos, embarazos ectópicos, amniocentesis, biopsia de vellosidades coriales.

Confirmación De La Existencia De Vida Fetal:

Entre las 18 y 20 semanas de gestación la madre puede comenzar a percibir los movimientos fetales. A partir de la sexta semana por ecografía trans-vaginal se puede confirmar la actividad cardíaca embrionaria.

Por detección externa con Doppler puede comenzar a detectarse a partir de la semana 14, y por medio de la auscultación con el estetoscopio de Pinard entre las semanas 20 y 25.

Evaluación Nutricional De La Embarazada:

Ganancia de peso materno durante la gestación, tiene como objetivo evaluar el estado nutricional durante la gestación para:

- Identificar a las gestantes con déficit nutricional o sobrepeso al inicio de la gestación.
- Detectar a las gestantes con ganancia de peso menor o excesivo para la edad gestacional, en función del estado nutricional previo.
- Permitir orientarlas a conductas adecuadas en cada caso, mejorando su estado nutricional, sus condiciones para el parto y el peso del recién nacido.

El peso pre-gravídico insuficiente, y el aumento insuficiente o excesivo de peso durante la gravidez se asocian con resultados perinatales adversos. Una ganancia de peso normal durante la gestación se considera cuando oscila entre 8 y 16 Kg. a final de la gestación. La mujer que inicia su gestación con un peso adecuado para su talla deberá incrementar aproximadamente el promedio de ganancia de peso (12 Kg.), la paciente que inicia su embarazo con un peso bajo para su talla deberá incrementar entre 12 a 16 Kg. y la mujer con sobre peso deberá aumentar entre 8 y 12 Kg.²¹

El incremento máximo se da entre las 12 y 24 semanas de amenorrea.

Actividad: Medición del peso y la talla materna, calculando el aumento de peso durante la gestación.

Técnica de medida: Debe medirse el peso en todas las consultas prenatales con la embarazada descalza y con ropa liviana. Se recomienda utilizar balanzas de pesas para que puedan ser calibradas periódicamente.

²¹ Uauy R, Atalah E, C Barrera, Behnke G “ALIMENTACION Y NUTRICION DURANTE EL EMBARAZO”
www.redsalud.gov.cl/archivos/.../AlimentacinEmbarazo.pdf

²² Ibidem

²³ Ibid

La talla deberá ser medida en la primera consulta, la gestante deberá estar descalza con los talones juntos, erguida con los hombros hacia atrás, mirando hacia el frente.¹¹

Interpretación del aumento de peso con edad gestacional conocida:

ADECUADO: cuando el valor del aumento de peso se encuentra entre el percentil 25 y el 90.

ALERTA: cuando el valor de peso se encuentra por encima del percentil 90 o por debajo del percentil 25.

Son barreras para el control perinatal efectivo:

- Su costo, cuando no es gratuito para la usuaria; a esto hay que agregar gastos de transporte, pérdidas de horas laborales entre otros.
- La inadecuada capacidad del sistema de salud.
- Problemas en la organización, en la práctica y hasta en la atmósfera con que se brinda el control.
- Barreras de orden cultural.
- Insensibilidad geográfica.
- Descreimiento en las bondades del sistema de salud y en la necesidad del control.

Detección De Anemia:

Durante el embarazo ocurren tres etapas sucesivas que modifican el balance de hierro. En una primera etapa el balance es positivo porque cesan las menstruaciones, luego comienza la expansión de la masa de glóbulos rojos, que es máxima entre las semanas 20-25, y en el tercer trimestre hay una mayor captación de hierro por parte del feto, fundamentalmente después de la semana 30. La suma de los requerimientos para el feto y la placenta, más la necesidad de expansión del volumen sanguíneo materno y la previsión de las pérdidas de sangre que se producen durante el parto, hacen que la necesidad de hierro alcance cifras máximas en un período muy corto de tiempo. Ninguna dieta es suficiente para proveer la cantidad de hierro que se requiere; si la mujer no tiene reservas previas la consecuencia natural es que al final del embarazo esté anémica.

Requerimiento de hierro durante el embarazo:

- Total de hierro requerido en un embarazo: 840 mg
- Feto y placenta = 350 mg
- Pérdidas basales = 240 mg
- Expansión masa eritrocitaria circulante = 450 mg
- Costo neto: 600 mg (requerimientos del feto y placenta + pérdida durante el parto)
- Pérdida durante el parto = 250 mg

La mujer adulta no embarazada tiene un requerimiento promedio de hierro de 1.36 mg/día. En comparación, las mujeres embarazadas deben recibir durante el segundo y tercer trimestre una cantidad de hierro que garantice la absorción de 5-6 mg de hierro por día, lo que implica un consumo de 50-60 mg/día (considerando una absorción promedio del 10%). Esta cifra sólo puede lograrse con suplementación farmacológica.

Factores que aumentan el riesgo de anemia en la embarazada:

- Multíparas
- Intervalos intergenésicos cortos (< de 2 años)
- Antecedentes de menstruaciones abundantes (usuarias de DIU)
- Dietas de baja biodisponibilidad de hierro
- Adolescentes
- Parasitosis anemizantes (uncinarias)

Consecuencias funcionales de la deficiencia de hierro:

La justificación de un programa de prevención de la deficiencia de hierro está basada en la gravedad y permanencia de sus consecuencias sobre la salud. En los niños pequeños y en las embarazadas son potencialmente más serias que en otros grupos.

En las embarazadas, la anemia por deficiencia de hierro produce:

- Aumento del riesgo de mortalidad materna posparto (en anemias severas)
- Aumento del riesgo de prematuridad
- Retardo del crecimiento fetal

- Cansancio, apatía (que dificulta el cuidado de sí misma y del recién nacido)

La OMS considera una prevalencia de anemia del 30% en embarazadas como umbral para indicar la suplementación universal con hierro en todas ellas independientemente del nivel de hemoglobina.

En el primer control prenatal de rutina se debe solicitar una determinación de hemoglobina. Se considera valor normal una cifra igual o mayor a 11 g/l en cualquier momento de la gestación.

Suplemento con folatos:

La deficiencia de ácido fólico produce anemia megaloblástica y puede tener efectos sobre el peso al nacer, nacimientos de pre-término, y defectos del tubo neural.

La necesidad humana de ácido fólico puede ser satisfecha con la ingestión de alimentos, excepto cuando la modalidad local de cocinar destruya el ácido fólico presente en ellos. En estos casos en particular y en poblaciones desnutridas, será necesaria la suplementación.

Durante el embarazo, en especial en el primer trimestre, las células se dividen con rapidez, lo cual conduce a un incremento de los requerimientos de folatos.

Como consecuencia de la alta prevalencia de anemia tanto por déficit de hierro como de ácido fólico en la mayoría de las regiones de nuestro país, se recomienda suplementar con hierro y ácido fólico a todas las mujeres embarazadas. La suplementación rutinaria de ácido fólico oral, debe iniciarse desde el primer control prenatal. Un beneficio adicional de esta conducta es anticiparla al período pre-concepcional, como una medida efectiva para la prevención de defectos del tubo neural. La dosis recomendada diaria es de 400 microgramos por vía oral.

Prevención de los defectos congénitos:

Los defectos congénitos, diagnosticados al nacer muestran una incidencia que oscila 1% al 2%. Si se incluyen malformaciones leves y otras diagnosticadas a lo largo de la vida, esta incidencia oscila entre el 5% y 10%. Este amplio rango depende de la profundidad de los diagnósticos.

Se ha demostrado que las siguientes intervenciones son eficaces para reducir la incidencia de malformaciones:

- Administración de ácido fólico pre-concepcionalmente hasta la semana 12 de amenorrea.

- Pesquisa y tratamiento temprano de la sífilis.
- Asesoramiento e incorporación de programas activos para evitar beber alcohol y consumir drogas lícitas o ilícitas.
- Información de la edad materna avanzada como principal factor de riesgo demográfico para defectos congénitos.
- A toda paciente diabética llevarla a niveles de normo glucemia tres meses antes de la concepción.

3. PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Existen innumerables evidencias científicas que confirman las múltiples ventajas de la lactancia materna para la madre y el niño, que se extienden hasta la vida adulta. La recomendación actual de la OMS y UNICEF, a la que ha adherido nuestro país, es mantener la lactancia materna en forma exclusiva hasta los 6 meses de vida del niño, momento en que recién deben agregarse otros líquidos y alimentos, manteniendo la lactancia todo el tiempo posible, incluso hasta el segundo año de vida del niño.

Nuestro país tiene una elevada prevalencia de lactancia al sexto mes de vida de los niños ya que más del 70 % continúan siendo amamantados, pero la dificultad se observa en la incorporación precoz de otros alimentos y líquidos que hacen que en ese mismo 6to mes el % de lactancia exclusiva sea menor al 4%. Esta situación tienen origen en un conjunto de razones entre las que se encuentran desconocimiento de los beneficios de la lactancia para la salud de la madre el niño y la familia, falta de confianza de la madre en su capacidad de amamantar, fracasos anteriores, ausencia de modelos en la familia, trabajo fuera del hogar y desconocimiento de cómo mantener la lactancia. La gran mayoría de estos motivos que ponen en riesgo la lactancia pueden y deben ser abordados durante el embarazo.

Durante el control prenatal y a lo largo de todas las visitas se deben realizar las siguientes actividades:

- Identificar mujeres en riesgo para la lactancia. (Fracasos anteriores, trabajo fuera del hogar, opinión de la madre y la familia desfavorable, etc.)
- Informar sobre los beneficios de la lactancia materna para el niño, la madre y la familia.

- Informar desventajas del uso del biberón y/o chupete así como de la incorporación de otros líquidos y/o otros alimentos (que incluye otras leches) antes de los seis meses de edad.
- Revisación rutinaria de mamas a efectos de descartar patología para la lactancia
- Indicar cuidados apropiados de higiene del pezón y mama: no cepillado, ni cremas, ni jabones, solo agua, aire y sol.
- Informar sobre técnicas correctas de lactancia (posiciones, colocación del bebe al pecho, eje madre niño, etc.)
- Explicar maniobras de extracción de leche y alimentación a demanda del niño.

4. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Información y acompañamiento durante el control prenatal. Hechos no centrados en la presencia de una patología determinada y que parecerían ajenos a la atención médica, actúan como factores condicionantes que hacen más vulnerable el proceso del embarazo y futuro parto.

El concepto actual de la atención de la embarazada no solo implica la vigilancia estrictamente médica, sino que también considera a igual nivel los aspectos sico-afectivos, culturales y sociales relacionados con la maternidad.

La participación del padre y familiares durante el control prenatal, educación y preparación psico-física de la madre para el parto y la lactancia y la participación del padre en el parto son actividades que deben completar la atención medica.

En madres primíparas, adolescentes, sin pareja o en extrema pobreza, la visita domiciliaria por personal de salud ha mostrado que incrementa la eficacia del control prenatal.

En reuniones grupales o entrevistas personales es importante y necesario que los profesionales involucrados en los cuidados prenatales asesoren en forma sencilla sobre los principales signos y síntomas de desviaciones posibles en el embarazo normal, inicio de trabajo de parto colaboración adecuada en el parto y recomiende la consulta oportuna frente a las siguientes situaciones:

- Actividad uterina aumentada para la edad gestacional.
- Pérdida de sangre y / o líquido amniótico por genitales externos.
- Cefaleas, trastornos visuales, emesis.
- Hipertermia persistente.
- Ausencia de movimientos fetales por más de 24 hs.

Con el embarazo se producen una serie de modificaciones anatómicas y funcionales que abarcan casi sin excepción a todo el organismo. El conocimiento de estos cambios fisiológicos que podrían interpretarse como desviaciones patológicas debe ser puesto en conocimiento de la embarazada. La utilización de material escrito, videos, juegos participativos, que apoye estos contenidos refuerza y recuerda la información asegurando un mejor entendimiento.

5. PERCEPCIÓN CULTURAL DEL AUTO CUIDADO PRENATAL

Universalmente, el tránsito por la gestación es tomado como un proceso natural que requiere de observación científica permanente para llevar a feliz término el nacimiento; seguimiento que se logra con el control prenatal. Esta actividad permite valorar el estado de salud de la gestante, conocer su historia personal y familiar, y establecer una comunicación para facilitar los cuidados que deberá tener junto a su perinato. La trascendencia del control prenatal hacia la familia, y la validez social que se le dé a la gestante, facilitará el conocimiento de su medio social, permitiendo un intercambio de conocimientos que podrán renegociar con la gestante y su familia, convirtiéndose en un facilitador de los cuidados. La participación activa de la gestante en su cuidado, permitirá reconocer tanto su validez social como el intercambio de saberes, en búsqueda de un seguimiento efectivo y de calidad frente a la evolución de la gestación.

El auto cuidado es una actividad aprendida por las personas y dirigido hacia sí mismas, hacia los demás y hacia su entorno, para regular los factores que afectan su propio desarrollo y su funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar.

Estos dos conceptos universales han facilitado diversas prácticas en torno a la salud de la mujer gestante. La diversidad, propia de cada grupo social, ha hecho que muchos de los conocimientos e interpretaciones del horizonte salud-enfermedad se desplacen hacia la salud de la gestante con resultados perineales poco satisfactorios.

La ubicación que le otorgaron los grupos sociales a la mujer le permitió diversificar, transformar y extender los cuidados a todos los miembros de su familia, según su ciclo vital. Los espacios donde desarrolló sus potencialidades de cuidado fueron alrededor de la fecundación y del cuidado cotidiano, principalmente aquellos relacionados con los alimentos y el cuidado del cuerpo en un entorno sano.

Una de las formas de expresar esta simbología fue a través de construcciones culturales materializadas en prácticas, creencias, actitudes y conocimientos, que le permitieron direccionar el cuidado de la vida y la salud. Muchas prácticas han permanecido vigentes, otras trascendieron y han sido articuladas a las prácticas científicas de cuidado.

El cuidado de la mujer gestante fue una de las prácticas tradicionales que presento mayor resistencia a la transculturación con los saberes científicos, dado por el celo social y el poder matriarcal. Universalmente, el tránsito por la gestación ha sido tomado como un proceso natural que requiere de observación científica permanente para llevar a feliz término el nacimiento, seguimiento que se logra con el control prenatal. Esta actividad permite valorar el estado de salud de la gestante, conocer su historia personal y familiar, y establecer una comunicación para facilitar los cuidados que deberá tener junto a su neonato.²⁴

A pesar de la protección específica que otorga la reglamentación en salud, todavía muchas gestantes no acuden a los controles y, si lo hacen, desertan al no satisfacer estas expectativas.

Las percepciones para la falta de control prenatal dejan ver la poca importancia que las gestantes le dan al control prenatal, o a la falta de valor por las actividades científicas que el personal de salud proporciona dentro del control prenatal. Pareciera que esta relación intercultural fuera sólo física y no existiera otro tipo de comunicación, convirtiéndose en seres pasivos de su propio cuidado.

²⁴ Palacios-Flores, Armando Medina, José E. Velásquez, Dick Castañeda. "PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE SALUD Y LA COMUNIDAD SOBRE LA ADECUACIÓN CULTURAL DE LOS SERVICIOS MATERNO PERINATALES EN ZONAS RURALES ANDINAS Y AMAZÓNICAS DE LA REGIÓN HUÁNUCO." Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 2009; 26(2): 145-60.

Este alejamiento hace que la gestante y su grupo familiar acuda a las parteras, consejeros tradicionales que les permitan expresar sus necesidades de cuidado, pero declinando al terminar su gestación, la atención de su parto en la medicina científica.

El trasfondo de esta deserción se vislumbra en la falta de comunicación y acercamiento del personal de salud con la gestante, en el desconocimiento de prácticas de su propio cuidado y del entorno social que la rodea.

La trascendencia del control prenatal hacia la familia, y la validez social que se le dé a la gestante, facilitará el conocimiento de su medio social, permitiendo un intercambio de conocimientos, negociables con la gestante y su familia, convirtiéndose el agente de salud en un facilitador de los cuidados.

6. LA REALIDAD DEL CONTROL PRENATAL EN EL ECUADOR

La mortalidad materna, y la morbilidad asociada a sus determinantes, constituyen graves problemas de salud pública que revelan algunas de las más profundas inequidades en las condiciones y calidad de vida de la población. Reflejan el estado de salud de las mujeres en edad reproductiva, de su acceso a los servicios de salud y de la calidad de la atención que reciben, en particular en el período de embarazo, durante el parto y dentro de las primeras horas del post-parto. Entre los factores que más se asocian con la mortalidad materna están el lugar de atención del parto, el personal que atiende el mismo, la oportunidad, el lugar y personal que atiende las complicaciones y el control post-parto.

Sólo el 36,2% (44,4% en el área urbana y 26,4% en el área rural) de las mujeres recibió al menos un control postparto. (Perfil del sistema de salud el Ecuador 2008). Varias son las provincias y regiones en las cuales son extremadamente altos los porcentajes de madres que no reciben ni un control durante el periodo pre-natal y post-parto. Imbabura, Cotopaxi, Bolívar, Azuay y Los Ríos superan el 75%, llegando incluso al 80,4%. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Materna

e Infantil, provincias como Bolívar, Cotopaxi, Imbabura, Chimborazo, Cañar, Azuay, Loja, Esmeraldas y la región Amazónica presentan porcentajes de atención institucional del parto sensiblemente menores al porcentaje nacional.

En el año 2004 la cobertura poblacional con al menos un control prenatal fue apenas del 84,2% valor que es sensiblemente menor en el sector rural (76,4%). En el mismo año apenas el 57,5% de mujeres embarazadas logra acercarse a la norma mínima y óptima definida por el Ministerio de Salud Pública de 5 o más controles el 26,2% recibió apenas entre 1 a 4 controles prenatales.²⁵

En torno a la atención del embarazo y del parto, se observa la falta de un enfoque intercultural pleno que integre de manera respetuosa y complementaria los conocimientos y prácticas no institucionalizantes y medicalizantes. Un indicador indirecto de esto es la alta incidencia de parto domiciliario y con parteras, en la población indígena.

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL (MENORES DE UN AÑO) Y MORTALIDAD POR CAUSAS MATERNA (POR 100 MIL NACIDOS VIVOS) 1990, 2000, 2003, 2004 Y 2007

Regiones y	1990		2000		2003		2004		2007 **	
Provincias	Infantil*	Materna	Infantil	Materna	Infantil	Materna	Infantil	Materna	Infantil	Materna
Región Sierra:	36,9	132,5	22,7	110,2	17,7	66,4	17,6	75,2	18,8	103,6
Azuay	36,4	117,6	17,0	128,6	11,3	68,1	11,8	51,5	13,0	79,2

Fuente: INEC. Estadísticas vitales: nacimientos y defunciones. Años. 1990 – 2007

Elaboración: SENPLADES

Cobertura de atención prenatal (Indicador ODM 5.5) América Latina (11 países), varios años (Distribución porcentual de número de consultas prenatales de mujeres)

Número de consultas prenatales				
País y año	0	1	2 a 3	4 o más
Bolivia 2008	9.6	3.3	14.7	72.1
Colombia 2005	6.4	1.4	7.7	83.1
Ecuador 2004	15.8	3	14.3	66.5
El Salvador 2002	14	0.7	6.6	78.6
Haití 2005/06	13.8	4.9	26.8	53.8
Honduras 2005	8	2	9	80.8
Guatemala 2002	15.7	2.6	15.3	65.9
Nicaragua 2006	9	2.1	10.2	77.8
Paraguay 2004	5.8	1.6	21.5	78.7
Perú 2007-2008	2.5	1	4.8	91.6
R. Dominicana 2007	0.5	0.5	2.5	94.5

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS). Cifras obtenidas mediante procesamiento en línea con STATcompiler (<http://www.statcompiler.com>) y de los informes finales de las encuestas de Bolivia 2008 y Perú 2007-2008.

7. BARRERAS PARA UN CONTROL PRENATAL NO EFECTIVO

Son barreras para el control perinatal efectivo:

- su costo, cuando no es gratuito para la usuaria; a esto hay que agregar gastos de transporte, pérdidas de horas laborales entre otros.
- La inadecuada capacidad del sistema de salud
- Problemas en la organización, en la práctica y hasta en la atmósfera con que se brinda el control
- Barreras de orden cultural
- Insensibilidad geográfica
- Descreimiento en las bondades del sistema de salud y en la necesidad del control

La inasistencia al control debe cuestionar la actitud del facultativo frente a las expectativas que generan sus cuidados en la gestante, su neonato y grupo familiar. La participación activa de la gestante en su cuidado, permitirá reconocer su validez social, el intercambio de saberes, en búsqueda de un seguimiento efectivo y concreto frente a la evolución de la gestación.

El fortalecimiento de la relación gestante-cuidador deberá incentivar nuevas construcciones de cuidado en torno a la prevención de factores de riesgo de la madre y su recién nacido.

El suministro de cuidados responsables y coherentes que se ajusten de modo razonable a las necesidades, valores, creencias y modos de vida de la gestante y su familia, orientará nuevas acciones para obtener resultados positivos y eficaces.

8. PARTERAS

Las comadronas o parteras tradicionales en Ecuador son mujeres que se dedican a atender partos, mayoritariamente en comunidades lejanas y aisladas en donde los servicios de salud estatales no llegan, sin embargo también se les puede encontrar en las áreas marginadas de las ciudades.

Para poder diferenciar a las parteras entrenadas por el gobierno, del grupo de parteras formadas empíricamente, crearon los términos partera profesional y partera empírica, respectivamente. En América Latina, las parteras profesionales son bachilleres (graduadas de la escuela secundaria) que después estudian partería, a menudo antes de tener hijos ellas mismas, por lo que generalmente son jóvenes y relativamente sin experiencia, comparadas con las parteras tradicionales, quienes usualmente son mujeres mayores con hijos grandes. Convertirse en partera tradicional es un llamado, una vocación, fruto de la necesidad. Por otra parte, convertirse en partera profesional es una elección de carrera.²⁶

En toda América Latina, a pesar de los programas masivos para llevar el parto a las clínicas y hospitales, muchas mujeres en las áreas rurales continúan dando a luz en sus hogares con parteras tradicionales, a menudo sin ninguna posibilidad de respaldo médico en caso de complicaciones o emergencia.

La meta ambiciosa de la Iniciativa Global para una Maternidad Segura de que todos los partos sean atendidos por parteras profesionales o médicos en clínicas u hospitales, está, sencillamente, fuera del alcance para millones de mujeres latinoamericanas, para quienes la única ayuda cercana con que cuentan son las parteras tradicionales. Los esfuerzos para salvar a las mujeres de más alto riesgo deberían primero concentrarse en que los servicios de emergencia obstétricos estén disponibles para aquellas que están más lejos de la asistencia médica.

Las parteras tradicionales cuentan con sabiduría, conocimientos y remedios caseros efectivos en caso de diversos tipos de problemas que se presentan en los partos. Pero la habilidad de las parteras tradicionales para manejar emergencias serias es generalmente muy limitada, y esta es la razón principal por la que las mujeres continúan muriendo durante el parto.

Es un asunto de justicia social para las parteras y para las mujeres en edad reproductiva, que los sistemas de salud formen alianzas con las parteras tradicionales, y que se aseguren de que ellas tengan acceso telefónico o por radio a especialistas obstétricos en centros médicos para referir rápidamente a las mujeres cuando se presenten complicaciones.

Los esfuerzos previos de entrenar a parteras tradicionales no se han centrado en la capacidad para salvar vidas durante emergencias obstétricas, pero mientras ellas continúen siendo la principal fuente de atención para muchas mujeres, las parteras tradicionales necesitan tener habilidades obstétricas y de manejo de emergencias para poder enfrentar las complicaciones más comunes. Esto incluye medicamentos como antibióticos (para infecciones graves), pitocina y misoprostiol (para hemorragias) y anticonvulsivos (para eclampsia) y la habilidad para poder manejar placentas retenidas y partos difíciles. En casos en que se requiera una cesárea, las parteras en comunidades rurales necesitan poder comunicarse con un centro médico que tenga las facilidades para realizar la cirugía y transfusiones de sangre, y servicios de ambulancia o helicóptero para transportar a las pacientes, dependiendo de la distancia y de las condiciones de las carreteras. Y, por supuesto, estos servicios deberían ser gratuitos.

Algunas razones culturales para el mantenimiento de las comadronas:

- a) Existe la creencia de que las comadronas dedican más tiempo a sus pacientes. Mientras que las consultas en los servicios públicos son rápidas y en la mayor parte de los casos no se puede asistir con acompañantes, las parteras hacen visitas a domicilios y los cuidados están soportados por el calor de hogar.
- b) El pudor hace que muchas mujeres, especialmente las de más edad, prefieran ser atendidas por mujeres. A pesar de que una porción importante de los ginecólogos está constituida por personal femenino, lo cierto es que la incomodidad de los exámenes ginecológicos, así como la cercanía familiar, son aspectos que influyen en la decisión de las mujeres de ser atendidas por comadronas.

Desventajas de las parteras:

En términos generales, sostiene la investigación de Pino, Chaves y Molina, el control realizado por las comadronas, como está basado en el tacto externo de la madre y en rituales culturales, no tiene la misma capacidad de los exámenes médicos para vigilar el crecimiento del feto y, por tanto poder mejorar sus condiciones de salud al nacer. Un ejemplo simple de las ventajas de los procedimientos médicos, sostienen los investigadores, es la capacidad de estos de establecer la posición del feto y poder prever y determinar si es mejor realizar un parto vaginal o una cesárea. De la misma forma, la metodología científica permite un seguimiento paulatino y controlado de la gestación, mientras que en la mayor parte de los casos, el servicio de las parteras llega por solicitud de la madre, cuando puede ser muy tarde para actuar.

La OMS se ha comprometido a reducir en un 75 por ciento la mortalidad materna antes de que concluya el año 2015, en medio de un programa en el que se deben reducir los riesgos del embarazo, por medio de estrategias que logren aumentar la proporción de mujeres atendidas por personal calificado durante el parto. Por supuesto, esta iniciativa supone la participación de parteras, tocólogos y líderes comunitarios

9. PARTO EN CASA

Además de la aceptación cultural y con el objetivo de evitar las intervenciones obstétricas y la violencia, para las mujeres con embarazos de bajo riesgo, dar a luz en sus casas, atendidas por parteras, puede ser la opción más segura. Estudios en Europa y Norte América han demostrado que el parto en el hospital no es más seguro que el parto en la casa cuando las parteras que atienden los partos tienen experiencia y trabajan de cerca con un hospital al cual pueden transferir a las mujeres cuando surgen complicaciones.

La especialista en estadísticas, Dra. Marjorie Tew, estudió patrones de hospitalización en Europa entre 1958 y 1970, y encontró que mientras más elevado era el número de mujeres que

iban al hospital a tener sus bebés, los índices de mortalidad aumentaban. Ella descubrió que aún en embarazos de alto riesgo, las mujeres que dieron a luz en sus casas consistentemente tenían mejores resultados que las que fueron atendidas en el hospital. Ella concluyó que la mayor seguridad durante el parto podría haberse alcanzado si las mujeres hubiesen continuado teniendo sus bebés en el hogar, y que otros factores tenían mayor influencia en hacer que el parto fuera más seguro, por ejemplo mejores condiciones higiénicas, agua potable, mejor nivel de salud y nutrición, mejoramiento del estatus de las mujeres e índices de fertilidad reducidos.²⁷

En las emergencias obstétricas, las intervenciones salvan vidas. Entre el 5 y 25 por ciento de los partos tendrán alguna complicación que requerirá de intervención médica, y este porcentaje varía según la población. Mientras mayor es la pobreza, más alto será el índice de complicaciones.

Donde el estatus de la mujer es bajo, los índices de mortalidad materna son elevados. Donde el estatus de las mujeres es alto, los índices de mortalidad materna son bajos. En poblaciones saludables, la necesidad de intervención médica es menor, y los efectos iatrogénicos de las rutinas innecesarias acarrearán riesgos también innecesarios e incrementan los índices de complicaciones.

En un estudio norteamericano grande de partos en casa atendidos por parteras profesionales, el parto planeado en casa estaba asociado con menores índices de intervenciones y complicaciones y los índices de mortalidad materna y neonatal no eran más elevados que en los hospitales.

La creencia que tienen los que elaboran las políticas de salud internacionales de que las parteras tradicionales no contribuyen a la seguridad de la maternidad es una visión miope. Si bien es cierto que las emergencias obstétricas pueden ocurrir en cualquier parto y que los servicios de emergencia necesitan estar disponibles para todas las mujeres, el parto en la casa tiene muchas ventajas.

²⁷”PARTO EN CASA” <http://www.mamasol.com>

Las ventajas del parto en casa por encima del parto hospitalario están relacionadas con la naturaleza íntima, fisiológica del parto. Esta naturaleza fisiológica es universal y debería ser considerada como criterio esencial para los programas de maternidad segura a nivel mundial, en todos los contextos en los que las mujeres dan a luz. Para que el proceso de parto pueda fluir de manera segura y ágil, una mujer necesita sentirse lo más relajada posible, protegida, segura, respetada y más importante aún, necesita privacidad, como en cualquier otro acto sexual. Desde esta perspectiva, el hospital representa el ambiente más inapropiado que uno se pueda imaginar: la falta de privacidad, la atmósfera fría y estéril, luces brillantes y la presencia de completos extraños. Dadas las condiciones favorables para la privacidad, familiaridad y comodidad del hogar, el parto puede fluir más fácilmente, sin intervención, en la casa de la mujer.

10. FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL EMBARAZO

Funcionalidad Familiar:

Una familia es mucho más que la suma de sus partes, y que los diferentes elementos que la componen, al interrelacionarse entre sí producen una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento.

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante.

Criterios para funcionalidad familiar:

- Comunicación: Clara, directa, específica y congruente
- Individualidad: Autonomía respetada e indiferencias toleradas
- Toma de decisiones: Buscar la solución más apropiada para cada problema
- Reacción a los eventos críticos: Flexible para adaptarse a las demandas exigentes

Principios fundamentales del funcionamiento familiar:

- a) Que cada uno de los padres estén bien diferenciados y hayan desarrollado suficientemente su independencia emocional antes de separarse de sus familias de origen para fundar un nuevo hogar.
- b) Que exista una separación clara de los límites generacionales en la familia, es decir, que los padres se comporten como padres y los hijos como hijos.
- c) Que sean realistas las percepciones y expectativas que los padres tengan de ellos mismos y de sus hijos.
- d) Que sea mayor la lealtad a la familia de procreación que a la familia de origen.
- e) Que lo más importante para cada esposo sea su pareja, y que los niños no sientan que al acercarse a uno de sus padres se separan del otro.
- f) Que el desarrollo de la autonomía y de la identidad personal sea favorecida en todos los miembros de la familia. El desarrollo adecuado de los hijos significa que, a determinada edad, deberán abandonar su hogar para formar uno nuevo.
- g) Que existan expresiones de cariño y afecto no posesivo entre padres, hijos y hermanos.
- h) Que sean capaces de comunicarse en forma honesta y clara.
- i) Que los padres tengan con sus propios padres y hermanos una relación de respeto y cuidado de tipo adulto.
11. Que la familia sea lo suficientemente abierta como para permitir que sus miembros se involucren con otras personas, tales como miembros de la familia extensa y amigos.

Homeostasis Familiar:

Equilibrio interno que conserva unida a la familia a pesar de las presiones producidas tanto en el interior como en el exterior. Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez.²⁸

²⁸ J. Framo "FAMILIA DE ORIGEN Y PSICOTERAPIA" Barcelona: Paidós Ibérica, 1996

Familia Funcional:

Son familias cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica. Las familias que son funcionales son familias donde los roles de todos los miembros están establecidos sin que existan puntos críticos de debilidades asumidas y sin ostentar posiciones de primacía, artificial y asumida, por ninguno de los miembros; y donde todos laboran, trabajan y contribuyen igualmente con entusiasmo por el bienestar colectivo.

Satisfacción Familiar:

La satisfacción, definida normalmente como el componente cognitivo del bienestar subjetivo, resume la calidad de vida de un individuo. La Satisfacción Familiar se correlaciona positivamente con el Sentido de la Vida del ser humano y el bienestar psicológico.

La Satisfacción Familiar es un juicio valorativo de distintos aspectos de la vida, en el que los sentimientos que se despiertan en el sujeto encuentran su origen en las interacciones (verbales y/o físicas) que se producen entre éste y los demás miembros de la familia; de este modo puede apreciarse la relación entre la Satisfacción Familiar y la Satisfacción Vital.

Familia Disfuncional:

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes.

Dentro de una familia disfuncional existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros. La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía.

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

La familia acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad.

La aparición de embarazo en la familia obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración.²⁹

²⁹N. Armas, L. Díaz, "ENTRE VOCES Y SILENCIOS: LAS FAMILIAS POR DENTRO" Ediciones América 2007, (171-175)

VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL A GESTANTES

El seguimiento de embarazos de bajo riesgo obstétrico debería realizarse en atención primaria. El perfil competencial de la especialidad de medicina de familia y comunitaria contempla los conocimientos y las actitudes necesarios para prestar atención a la embarazada, preferentemente en colaboración con otros profesionales. Los retos que actualmente plantea la atención al embarazo se refieren sobre todo a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, la información y el apoyo a afrontar la maternidad, actividades incuestionables por la buena relación coste-beneficio.

Se define como la atención integral de salud proporcionada en el hogar a gestante y familia (medicina familiar) en caso de inasistencia a control prenatal y/o en riesgo psico social

OBJETIVOS:

- Evaluar las condiciones del entorno personal y la factibilidad de modificar factores de riesgo biosicosociales detectados.
- Evaluar la evolución de patologías y comprobar el cumplimiento de indicaciones y tratamientos, si corresponde
- Fomentar la adhesividad al control en el Centro de Salud
- Coordinar con redes de apoyo existentes

ACCIONES:

- Realizar evaluación familiar, de su vivienda y su entorno.
- Realizar evaluación de las condiciones de salud de la gestante.
- Realizar evaluación de las condiciones que la familia tiene para apoyar a la gestante.
- Identificar situaciones de riesgo psicosocial.
- Potenciar factores protectores.
- Incentivar ambiente libre de humo de tabaco.
- Realizar consejería para el cuidado de la gestación y preparación en la integración del futuro (a) hijo (a).
- Derivar a consulta según hallazgos.

CAPITULO II

OBJETIVOS

HIPOTESIS

METODOLOGIA

OBJETIVOS

Objetivo General:

Conocer la relación entre el control natal no eficaz y la funcionalidad familiar y factores bio-sico-sociales en las mujeres en período de gestación que acuden al Subcentro de Salud de la parroquia Cumbe en el 2011.

Objetivos Específicos:

- Conocer la relación entre la funcionalidad familiar y el control prenatal no adecuado.
- Determinar la preferencia del lugar de atención del parto.
- Determinar las razones para preferencia del lugar del parto.
- Establecer el nivel de conocimiento sobre control pre-natal en las mujeres gestantes.
- Proponer un manejo integral familiar a la gestante para una mejor adherencia al control pre- natal.

HIPÓTESIS

La disfuncionalidad familiar y factores bio-psico-sociales inciden en un control pre-natal no adecuado en las mujeres gestantes que acuden al Subcentro de Salud de la Parroquia Cumbe.

METODOLOGÍA

Se realizó un levantamiento de una base de datos con la información de las historias clínicas pre-natales en las cuales cumplían los criterios para inclusión, posteriormente se aplicó una encuesta y el test de APGAR a las participantes seleccionadas para la muestra. La matriz de datos se realizó mediante el programa de EXCEL, para los análisis de datos se utilizó el programa EPI INFO y EXCEL.

Tipo de Estudio

Es un estudio de cohorte, transversal, cuantitativo en el cual se trabajó con las mujeres gestantes que se encuentran con veinte o más semanas de gestación que acuden al Subcentro de Salud de la parroquia Cumbe.

Universo y Muestra

El universo consiste en las mujeres gestantes que acuden al Subcentro de Salud de la parroquia Cumbe y la muestra la muestra se configuró por captación de las mujeres con 20 y más semanas de gestación que acudieron al SCS de Cumbe durante los meses de enero a marzo del 2011..

Variables de Estudio

A continuación se definen las variables que fueron consideradas en el proyecto:

Variable dependiente: Bajo control prenatal

Variables independientes o factores de riesgo: Semanas de embarazo, funcionalidad familiar, conocimiento del control prenatal, nivel académico, ubicación del hogar, lugar de partos anteriores, razones para elegir el parto en el hogar, atención del parto anterior por personal capacitado.

BAJO CONTROL PRENATAL. Se define como una (menor de 5) baja serie de contactos, entrevistas, o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo en salud, no garantizando una evolución adecuada del embarazo a más de no lograr una preparación para el parto y la maternidad.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR: Adecuada e inadecuada luego de aplicar el test de APGAR.

Se realizó una encuesta a todas las pacientes seleccionadas para la muestra con el objetivo que analizar otros factores relacionados con un control pre-natal bajo. (Ver anexo 1)

PROCEDIMIENTOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Se procedió a realizar una búsqueda de las mujeres gestantes registrada en las fichas clínicas del subcentro de Cumbe, luego se procedió a separar cuales tenían 20 y más de semanas de gestación para realizar la recolección de los datos, entrevista y aplicación del test de funcionalidad familiar.

Luego se procedió a la aplicación del Test de APGAR de funcionalidad familiar a las participantes seleccionadas. (Ver anexo 2)

Plan de Tabulación y Análisis

Las variables estudiadas como el número de controles pre-natales y la funcionalidad familiar de las embarazadas de la muestra se analizaron mediante los valores de p, los límites superiores e

inferiores del intervalo de confianza (95%). El resto de las variables se analizaron por medio de porcentajes y medidas de tendencia central y dispersión. (Ver anexo 3)

CAPITULO III

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA

La muestra estaba constituida por 27 mujeres embarazadas las cuales tenían una media de 31.33 semanas de gestación con una desviación estándar de 6.28 semanas; la edad comprendida de las mujeres del estudio abarcó una media de 28.14 años con una desviación estándar 7.19 años distribuidas de la siguiente manera de 10 a 19 años el 11.1% y de 20 a 49 años el 88.9%.

De acuerdo al estado civil de la mujeres estudiadas el 11.11% fueron solteras, el 51.85 % casadas, el 37.03% mantienen unión libre estable. En la variable que corresponde al conocimiento de la importancia del control pre-natal el 77.77% de todas las encuestas dieron una respuesta afirmativa en contra de un 33.34% cuya respuesta fue negativa. En lo que respecta al control pre-natal en embarazos anteriores el 78.68% si se habían realizado controles frente a un 33.34% que no se los realizaron, cabe recalcar que fueron 19 mujeres multíparas dentro de la muestra. El lugar que fueron los partos anteriores fue el 89.47% en el hogar y el 10.53% fue en una casa de salud; de acuerdo al personal que atendió los partos anteriores se observa que el 63.15% fue por parteras o comadronas del sector frente a 10.52% que fueron atendidas por profesionales de salud y un 26.31% que fue asistido por familiares. Dentro de las razones por las que se decidió un parto en el hogar se afirmó que el 52.63% fue por tradición, el 31.57% por factor económico y un 15.88% por la lejanía de su hogar hacia un centro de salud.

Dentro de la variable si existieron antecedentes de abortos en todas las pacientes encuestadas dio como resultado que el 81.49% no reportó pérdidas y un 18.51% que si hubo abortos en embarazos anteriores. De acuerdo al lugar que tienen planeado dar a luz se obtuvo que el 55.56% desea acudir a una casa de salud, en cambio 44.44% desea que su parto sea en el hogar en medio de un ambiente familiar. En cuanto a enfermedades ligadas al actual embarazo se refiere que el 74.08% no ha tenido ningún padecimiento; dentro de la realización de exámenes para el control del embarazo el 51.85% si los han cumplido en contraposición del 48.15% no se practicado exámenes complementarios teniendo en cuenta sus semanas de gestación.

En la variable de con quién están viviendo al momento las gestantes de la muestra total se refiere que el 74.07% viven con sus esposos, el 22.22% con sus padres y solamente el 3.71% (1 paciente) es acogida por amistades. El número de controles pre-natales del estudio dieron una media de 2.81 consultas por embarazada con una desviación estándar de 1.75 ubicados de la siguiente distribución: Menos de 3 controles el 62.96% y un 37.04% para más de 3 controles médicos efectivos.

En el tópico de la funcionalidad familiar de las encuestadas se valoró en términos globales de funcionalidad familiar con un 22.23% frente a una disfuncionalidad familiar de un 62.96% resultados abarcados luego de la aplicación del test de APGAR. (Ver anexo 4)

CAPITULO IV

RESULTADOS

TABLA DE RESULTADOS Y CRUCE DE VARIABLES

	MENOS DE 3 CONTROLES		MAS DE 3 CONTROLES						
Variables	Nº	%	Nº	%	Nº TOTAL	%	RR	IC 95%	p.
EDAD									
De 10 a 19 años	1	5.89	2	20	3	11.11			
De 20 a 49 años	16	94.11	8	80	24	88.89	2.00	0.17	0.30
SEMANAS DE GESTACION									
Más de 20 SG	14	82.35	10	100	24	88.88	0.58	0-4.09	0.23
Menos de 20 SG	3	17.65	0	0	3	11.12			
NUMERO DE GESTAS									
Más de 3 gestas	9	52.94	2	20	11	40.74			
Menos de 3 gestas	8	47.06	8	80	16	59.26	1.64	0.5	0.09
FUNCIONALIDAD FAMILIAR									
- DISFUNCIONAL	16	94.11	5	50	21	77.77	4.57	1.20	0.015
- FUNCIONAL	1	5.89	5	50	6	22.23			
ESTADO CIVIL									
SOLTERA	2	11.76	1	10	3	11.11			
CASADA	9	52.94	5	50	14	51.85			
UNION LIBRE	6	35.29	4	40	10	37.04			
VIUDA	0	0	0	0	0	0			
CONOCIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL									
SI	13	81.25	7	63.63	20	74.07	0.66	0.4	0.27
NO	3	18.75	4	36.37	7	25.93			
LEJANIA DEL HOGAR									
SI	13	76.47	5	50	18	66.66	1.63	0.85	0.21
NO	4	23.53	5	50	9	33.34			
CONTROL EN EMBARAZOS ANTERIORES									
SI	10	71.42	3	60	13	68.42			
NO	4	28.58	2	40	6	31.57	1.49	0.02	0.43
LUGAR DEL PARTO ANTERIOR									
CASA	12	85.71	4	80	16	84.21	1.13	0.02	0.76
HOSPITAL	2	14.29	1	20	3	15.79			
MOTIVOS PARA PARTO EN CASA									
DINERO	6	42.85	0	0	6	31.57			
LEJANIA	1	7.14	1	20	2	10.52			
TRADICION	7	41.17	4	80	11	57.89			

	MENOS DE 3 CONTROLES		MAS DE 3 CONTROLES						
Variables	Nº	%	Nº	%	Nº TOTAL	%	RR	IC 95%	p.
NIVEL DE INSTRUCCIÓN									
NINGUNO	7	41.17	2	20	9	33.33	1.40	0.36	0.24
PRIMARIA	10	58.83	8	80	18	66.67			
PERSONAL QUE ATENDIO PARTO ANTERIOR									
FAMILIAR	5	33.33	0		5	26.31			
PARTERA	8	53.33	4	100	12	63.15			
MEDICO	2	13.33	0		2	10.52			
LUGAR PLANEADO PARA EL PARTO									
CASA	10	58.82	2	20	12	44.44	1.79	0.74	0.05
HOSPITAL	7	41.17	8	80	15	55.56			
ENFERMEDAD DURANTE EL EMBARAZO									
SI	6	35.29	1	10	7	25.92	1.56	0.43	0.16
NO	11	64.70	9	90	20	74.08			
REALIZACION DE EXAMENES EN EL EMBARAZO									
SI	6	37.5	7	63.63	13	48.14			
NO	10	62.5	4	36.37	14	51.86	1.72	0.47	0.18
ANTECEDENTES DE ABORTOS									
SI	4	23.52	0	0	4	14.81			0.13
NO	13	76.48	10	100	23	85.19			
CONSUMO DE MICRONUTRIENTES DURANTE EN EMBARAZO									
SI	11	64.70	7	70	18	66.66			
NO	6	35.30	3	30	9	33.34	1.18	0.19	0.56

CAPITULO V

DISCUSSION

Se realizó el cruce de las distintas variables y principalmente el funcionamiento familiar con la variable en común que es el número de controles pre- natales y pudo observar las siguientes características y resultados.

De acuerdo a la edad de las encuestadas se observó que las mujeres que abarcan el grupo etario comprendido entre los 20 a 49 años de edad el 94.11% de tiene menos de 3 controles durante el embarazo, así mismo el 88.89% de las mujeres estudiadas comprendían a éste grupo de edad. Dentro del nivel de instrucción se observa que el 66.67% de todas las gestantes tienen un nivel primario de educación y de éstas el 58.33% tienen menos de 3 controles pre- natales, cabe recalcar que la edad media de las mujeres estudiadas estaban entre los 28.14 años.

En lo que respecta a las semanas de gestación, en las que acudieron las gestantes a realizarse los controles se obtiene que el 82.35% tenían más de 20 semanas de gestación y contaban con menos de 3 controles médicos obstétricos. De acuerdo a la funcionalidad familiar y los controles del embarazo se puede afirmar que del total de la muestra existe un 77.77% que presenta disfuncionalidad familiar y dentro de éste grupo el 94.11% tiene menos de 3 controles y, lo que más llama la atención es que hay un riesgo relativo de 4.57 veces para formular que en el hogar disfuncional de una embarazada en control médico es insuficiente de acuerdo a su número lo que traduce a no se asumen los nuevos roles familiares en ésta etapa especial de la vida, tanto así que hay una valor de P. de 0.015 para la asociación de la disfuncionalidad familiar y los controles pre-natales escasos reafirmando la hipótesis planteada para la investigación.

De acuerdo al estado civil por el que cursan las pacientes consultadas; el 51.85% de la totalidad de la muestra eran casadas y el 52.94% abarcaban menos de 3 consultas; sumado a esto el 35.29% de mujeres con menos de 3 controles que mantienen unión libre, recalcando que no hay una aceptación y cambio de roles en los miembros de familia cuando se cursa un embarazo en el grupo analizado.

Por otro lado sobre el conocimiento sobre qué es el control adecuado del embarazo el 63.33% de todas las gestantes dieron una respuesta positiva sobre tener conciencia de la importancia del mismo, resultando paradójico porque el 81.25% tienen controles insuficientes y conocen acerca del control pre- natal.

Un factor muy importante es la lejanía de los hogares hacia centros de salud ya que existe el 66.66% de todas las embarazadas provienen de sectores apartados de un lugar de atención médica propio de la realidad rural de nuestro país; y a más existe un 76.47% de las mujeres que cuentan con controles bajos obstétricos que están alejadas de un centro de salud. Nuevamente se recalca que es una realidad propia de nuestra área rural y que hay una gran preferencia por agentes tradicionales de salud como son parteras o comadronas como se verá más adelante.

En lo inherente al lugar de atención en los partos anteriores obviamente el 84.21% de las madres tuvieron su parto en hogar con un 85.71% de las cuales tienen menos de 3 controles en el actual embarazo. Las razones o causas para dar a luz en la casa se pudo saber que de la totalidad el 57.89% dan a conocer que por tradición tiene la preferencia por un parto en el seno de su hogar, resaltando que el 42.85% de las mujeres que tienen menos de 3 controles refieren que por factores económicos optan por quedarse en su casa dar a luz poniendo más en relación la funcionalidad familiar en éste estudio. Con lo que confirma que el 63.15% de todas las encuestadas prefieren la atención del parto por comadronas, seguido por el 26.31% que desean que sea asistidas por familiares. Algo más importante aún es que las mujeres que tienen menos de 3 controles el 53.33% fueron atendidas por parteras, seguido por familiares con un 33.33%, algo alarmante es que la atención del parto por parte de personal médico calificado solamente llegó al 10.52%.

En el lugar planeado para su futuro parto de la misma forma el 55.56% de la totalidad de la muestra desea dar a luz en una casa de salud, lo que significa que existe un cierto grado de temor o percepción sobre el riesgo que existiera para el mismo; frente al 58.82% de las gestantes que tienen menos de 3 controles pre-natales planean que su parto sea en su casa viendo que si hay una asociación entre estas variables con un valor de P. de 0.005 y un riesgo relativo de 1.79.

De acuerdo a la presencia de patologías durante el período gestacional se pudo observar que el 74.02% no presentó enfermedad en todos los casos. En lo que respecta a la realización de exámenes el 51.86% de todas las gestantes no tuvo examen alguno durante ésta etapa y el 62.5% de las mujeres con controles pobres obstétricos no tuvieron exámenes guardando una relación lógica con la inasistencia. Según las encuestas se refiere que no hay una relación entre el número

de controles pre-natales y la parición de abortos; aquí es recomendable ampliar éste estudio para lograr ver si hay una asociación significativa.

El consumo de micronutrientes no guarda tampoco una relación puesto que en cualquier consulta sea la primero o única siempre habrá la prescripción de éstos elemento por el personal médico.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Aunque el número de casos de la muestra fue muy corto, indica una gran realidad visible que una inestabilidad en el entorno familiar puede influir muy seriamente en el control de la salud de una gestante, como ya se explicó anteriormente, es un período de suma vulnerabilidad bio- psico- social, lo cual lleva a que el abordaje médico debe ser integral y no sólo vinculado a la paciente en sí, sino que abarca a todos los miembros de la familia de la futura madre en cuestión.
- A más de éste factor importante se debe tomar en cuenta la concepción cultural que tiene el parto para mujeres que viven en nuestra rural, con el único fin de que no haya una separación de ésta concepción y la práctica médica formal con miras a reducir potenciales riesgos obstétricos prevenibles.
- La gran acogida de las parteras por parte de las mujeres del área rural indica que no debe haber una separación de la práctica médica formal con la medicina tradicional.
- El enfoque integral familiar por parte de los profesionales de la salud es primordial en el manejo de los controles en la gestación, mediante las visitas domiciliarias la idea es lograr un involucramiento de todos los miembros de la familia de una embarazada, reafirmar y reacomodar los nuevos roles familiares por efecto de este nuevo estado fisiológico en la vida de los humanos.

RECOMENDACIONES

- Al MSP., dentro de los protocolos de atención pre- natal que se han manejado actualmente se recomienda abarcar el enfoque hacia la familia en su contexto, que hayan capacitaciones al personal médico y paramédico sobre nociones y señales de inestabilidad familiar que se pudieran presentar en mujeres gestantes, además es necesario reforzar las visitas domiciliarias de todas las embarazadas que sean captadas en consulta o comunidad con el objeto de promocionar la importancia de la consulta pre- concepcional, como los controles pre- natales óptimos y mínimos con el fin de asegurar un final del embarazo sin riesgos y con una seguridad para un parto en el hogar.

Además con los equipos básicos de salud es necesario primero la comprensión de la gran labor que realizan los agentes tradicionales de salud con el fin de no poner en una situación de segundo plano en los proceso de salud en la comunidad, por tal razón se deben realizar acercamientos, experiencias y lograr una asociación con dichos agentes con el fin de promocionar el seguimiento durante el periodo gestante.

- A los profesionales.- como se mencionó anteriormente primero, lograr un entendimiento sobre la visión cultural que tiene el embarazo y parto, sobre todo en las áreas rurales de nuestro país mediante el cual se puede hablar en cierta forma un mismo idioma para lograr entendimientos y adhesiones a tratamientos.
- A la familia.- mediante las visitas domiciliarias insinuar: la participación de todos los miembros en el proceso que lleva el embarazo, el asumir nuevos roles y, en la comunidad que se formen redes de apoyo en el caso de que den señales de alteración en el equilibrio familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Acuña LM –“Calidad del Control Prenatal en el Centro de Salud Ciudad Sandino” - 2004. www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/40.pdf.
- 2.- Pasarín L, Casanueva E, Sámano R –“Redes sociales asociadas al cuidado prenatal de las madres adolescentes y su relación con el acceso al sistema de salud. Estudio de dos poblaciones argentina-méxico1”- 2007. revista-redes.rediris.es/webredes/vmesahispana/adolescentes.pdf.
- 3.- R. Schwarcz, A. Uranga, C. Lomuto, I. Martínez, D. Galimberti, O. García, M. Etcheverry, M. Queiruga - “Guía para la Práctica del Cuidado Preconcepcional y del Control Prenatal”- 2001 www.crolimacallao.org.pe/pdf/libros/GuiaMinisteriocuidadoprenat.pdf
- 4.-“Embarazo de Alto Riesgo: Atención Integral y Especializada” 2000. bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/293_IMP9.pdf.
- 5.- NACER LATINOAMERICANO” PREVENCIÓN del RETARDO de CRECIMIENTO INTRAUTERINO”- Marzo 2008. <http://www.nacerlatinoamericano.com>. Tomado el 22 de junio de 2010.
- 6.- Pasarín L, “Redes sociales y salud: dos proyectos en marcha.” Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas- Agosto 2007. www.analisisredes.com.ar.
- 7.- BARBA-OROPEZA, F y CABANILLAS-GURROLA, JC. “Factores asociados a la anemia durante el embarazo en un grupo de gestantes mexicanas”. Archivos en Medicina Familiar 2007, vol. 9 <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp>
- 8.- Ramos Gutiérrez R, Barriga Marín J, Pérez Molina J. “EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA COMO FACTOR DE RIESGO PARA MALTRATO FETAL”.
- 9.- Molina Flores J., Capurro H “PREVALENCIA del RETARDO de CRECIMIENTO INTRAUTERINO”. ABRIL 2009. www.nacerlatinoamericano.org.
- 10.- Uauy R, Atalah E, C Barrera, Behnke G “ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DURANTE EL EMBARAZO” www.redsalud.gov.cl
- 11.- Mendoza J. “Adolescente embarazada: características y riesgos” Rev. Cubana Obstet Ginecol 1997; 23(1):13-17.
- 12.-“El papel de las comadronas en América Latina” Salud Reproductiva (1 - 30: 44) <http://www.buenasalud.com/lib>.
- 13.- Reporte de avance en el ODM5 en América Latina y el Caribe. Mejorar la salud materna. 2010. www.cepal.cl/
- 14.- Plan Nacional para el Buen Vivir Diagnósticoplan.senplades.gov.ec/diagnostico3. www.senplades.gov.ec.

15.- Drs. Manuel Ticona Rendón, Diana Huanco, Víctor García Montenegro, Karina Calderón Fernández “MORTALIDAD PERINATANAL: Inequidades en América Latina. Acta médica Peruana Vol. XXII # 2.

16.- Julio Mayca, Elsa Palacios-Flores, Armando Medina, José E. Velásquez, Dick Castañeda. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2009; 26(2): 145-60. “PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE SALUD Y LA COMUNIDAD SOBRE LA ADECUACIÓN CULTURAL DE LOS SERVICIOS MATERNO PERINATALES EN ZONAS RURALES ANDINAS Y AMAZÓNICAS DE LA REGIÓN HUÁNUCO”.

17. Dres. Sergio Casini, Gustavo A. Lucero Sáinz, Martín Hertz y Elsa Andina División Obstetricia, Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.” GUIA DE CONTROL PRENATAL DEL EMBARAZO NORMAL”.

18.- Goliat Reina Gómez. “ALGUNOS ASPECTOS ÉTICOS SOBRE EL RIESGO PRECONCEPCIONAL” Rev. bras. saúde matern. infant., Recife, 2 (1): 51-55, abril, 2002.

19.- José Luis Rangel, L Valerio, J Patiño, M García.” FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA ADOLESCENTE EMBARAZADA”. Rev Fac Med UNAM Vol.47 No.1 Enero-Febrero, 2004,

20.-Edgar Cuauhtémoc Díaz-Franco, María Lilián Rodríguez-Pérez, Cecilia Mota-González, José Gabriel Espínola-Hernández, Pilar Meza-Rodríguez, Tania Alejandra Zárate-Tapia. “PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES FAMILIARES Y MALESTAR PSICOLÓGICO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS”. Perinatología Reproducción Humana. VOL. 20 No. 4; OCTUBRE-DICIEMBRE 2006

Austin Marie-Paule, Priest Susan R, Sullivan Elizabeth A. “EVALUACIÓN PSICOSOCIAL PRENATAL” (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4.

Carlos Grandi, Pedro de Sarasqueta “CONTROL PRENATAL: EVALUACIÓN DE REQUISITOS BÁSICOS RECOMENDADOS PARA DISMINUIR EL DAÑO PERINATAL” Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría 1997.

A Póo, B Baeza, P Capel, M Llano, D Tuma “FACTORES QUE FAVORECEN LA GENERACIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA DESDE LA PERSPECTIVA DE ADOLESCENTES PRIMIGESTAS EN CONTROL PRENATAL” Revista SOGIA, 2005

Dra. V. Herrear, Dr. J. Oliva, Dr. F. Domínguez “RIESGO REPRODUCTIVO” www.sld.cu/galerias

Elu, María del Carmen; Santos Pruneda, Elsa. “MORTALIDAD MATERNA: UNA TRAGEDIA EVITABLE.” **Perinatol. Reprod. Hum.**, México, v. 18, n. 1, marzo 2004. Disponible en <<http://www.scielo.org.mx/scielo.php>

Baños, JE; Jiménez, E; Cos, R; Cayuela, E; Foradada, C; López, A; Bosch, F “EL EMBARAZO COMO FACTOR MODULADOR DEL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL” Publicado en Aten Primaria. 1998;22:150-7. - vol.22 núm 3 <http://www.elsevier.es>

Leyva Sorribe, Virginia; Berroa Bonne, Arelis; Negret Dutel, Delvis y Garcia, Ángel Jorge. "ALGUNOS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO A DESTIEMPO EN ADOLESCENTES". *Rev Cubana Enfermer* [online]. 2002, vol. <http://scielo.sld.cu/scielo.php>

Alvarado M Rubén, Ernesto Medina L, Aranda Ch Waldo. "EL EFECTO DE LAS VARIABLES PSICOSOCIALES DURANTE EL EMBARAZO SOBRE EL PESO AL NACER Y EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO". *Rev. méd. Chile* [revista en la Internet]. Mayo 2002 130 (5): 561-568. <http://www.scielo.cl/scielo>.

Herrera Santí Patricia Ma., González Benítez Idarmis, Soler Cárdenas Silvio. "METODOLOGÍA PARA EVALUAR EL IMPACTO DE LOS ACONTECIMIENTOS VITALES DE LA FAMILIA EN LA SALUD FAMILIAR". *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2002 Abr; 18(2): 169-172. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>.

Vargas García, Carlos; Ayala Quintero, María Teresa; Vargas García, Leopoldo; Silanes, Antonio L; López Maldonado, Micaela. "ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD PERINATAL CON ENFOQUE DE RIESGO." 13(4):264-70, oct.-dic. 1999.

N. Armas, L. Díaz, "ENTRE VOCES Y SILENCIOS: LAS FAMILIAS POR DENTRO" Ediciones América 2007, (171-175

Arcos E, Uarac M, Molina I, Repossi A, Ulloa M. "IMPACTO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA SOBRE LA SALUD REPRODUCTIVA Y NEONATAL". *Rev Méd Chil* 2001;129(12):1413-24.

Calderón J, Vega G, Velasquez J, Morales R, Vega AJ. "FACTORES DE RIESGO MATERNO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO". *Rev Méd IMSS* 2005;43(4):339-42.

Ministerio de Salud (2007), "MANUAL DE ATENCIÓN PERSONALIZADA CON ENFOQUE FAMILIAR EN EL PROCESO REPRODUCTIVO", Departamento del Ciclo Vital. <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/ciclovital/saludreproductiva.pdf>

M.N.P.I "ÍNDICE DE ESFUERZO DEL PROGRAMA MATERNO Y NEONATAL". 2004septiembre. <http://www.policyproject.com/pubs/mnpi/guatemala-mnpi.pdf>

OMS. "INFORME SOBRE SALUD REPRODUCTIVA, SEXUALIDAD/MUJER: ALERTA DE LA OMS". 2004 octubre: <http://wwwnews.bbc.co.uk/hi/sapnish/specials/newsid>

"SALUD REPRODUCTIVA Y PRENATAL" 2002 junio www.paho.org/spanish/AD/DPC/CD/AIEPI.pdf

Avila E, Cid M, García I. Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia, año 2000. *Rev Cubana Pediatr*. 2002;74(4):0-0. [Fecha de acceso: 25/06/2008] Disponible en:<http://scielo.sld.cu/scielo.php>

Organización Panamericana de la Salud. Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la Mujer y Reproductiva. EL EMBARAZO ADOLESCENTE. Disponible en: <http://www.clap.ops-oms.org>

Choque F. FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS EN EL EMBARAZO DE ADOLESCENTES.. 2003. Disponible en: www.cybertesis.edu.pe

Mirabal G, Martínez MM, P? Z D. Repercusi? IOL? Uno, ps? Ica y sociales del Embarazo en la Adolescencia. Rev Cubana Enferm 2002; 18 (3): 175-83.

Fernández Sordo T. CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN SOBRE EL RIESGO PRECONCEPCIONAL: CIUDAD DE LA HABANA; 2004. www.ilustrados.com.

Chaviano Quesada J, López Sosa D. EDAD MATERNA, RIESGO NUTRICIONAL PRECONCEPCIONAL Y PESO AL NACER. Rev. Cubana Aliment. Nutr 2000; 14(2): 94-9

Seclen-Palacín Juan A., Jacoby M Enrique, Benavides C Bruno, Novara V Joaquín, Velásquez V Anibal, Watanabe V Enrique et al . EFECTOS DE UN PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SERVICIOS MATERNO PERINATALES EN EL PERU: LA EXPERIENCIA DEL PROYECTO 2000. <http://www.scielo.br/>

Chacón, Germán y Monsalve, Nazira. MORTALIDAD MATERNA EN EL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES (IAHULA) 1974-2005. jun. 2007, vol.67, no.2 [citado 24 p.99-106. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.scielo.org.ve/scielo>.

Hilda Teuber Loaiza, Clemencia Cabrera, Mahal da Costa Soto, Paola Casanello Toledo, Dr. Jorge Cabrera Ditzel, Dr. Alvaro Marín Neira EFECTOS DEL APOYO SOCIAL EN NULÍPARAS DURANTE EL EMBARAZO Y PARTO. Abril 2002 <http://www.udec>.

Álvarez Toste Mireya, Salvador Álvarez Sergio, González Rodríguez Guillermo, Pérez Disnardo Raúl. CARACTERIZACIÓN DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMADAMENTE GRAVE. Rev Cubana Hig Epidemiol . 2010 Dic : 310-320. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>.

ANEXOS

ANEXO 1

ENCUESTA PARA DETERMINAR OTROS FACTORES QUE INTERFIEREN EN EL CONTROL PRE-NATAL BAJO

SEMANAS DE EMBARAZO (Más de 20 semanas, menos de 20 semanas)

SI NO

CONOCIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL:

SI NO

UBICACIÓN DE LA CASA. (Lejos, cerca)

SI NO

PARTOS ANTERIORES EN EL HOGAR

SI NO

RAZONES PARA ELEGIR PARTO EN EL HOGAR

Tradicón.

Lejanía.

Dinero

No aplica

ATENCION DE PARTOS ANTERIORES POR PERSONAL CAPACITADO

Familiar

Partera

Medico.

ANEXO 2

TEST DE APGAR FAMILIAR

	Casi nunca	A veces	Siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
PUNTUACIÓN TOTAL			

ANEXO 3

MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA
Datos Generales			
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento	Años cumplidos	De 10 a 19 años. De 20 a 49 años
Edad gestacional	Número de semanas de gestación a partir de la ultima menstruación	Semanas de gestación cumplidas	Más de 20 semanas. Menos de 20 semanas.
Conocimiento del control prenatal	Conciencia de la importancia y el significado del control prenatal.	Conocimiento de las gestantes	SI NO
Funcionalidad familiar	Es la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro	Adecuada Inadecuada	SI NO
Ubicación de la casa	Ubicación geográfica del hogar de la gestante con respecto al centro medico	Lejos Cerca	SI NO
Partos anteriores en el hogar	Partos anteriores de las gestantes estudiadas que fueron en el hogar	Número de partos anteriores en el hogar	SI NO
Razones para elegir parto en el hogar	Motivos que se atribuyeron para dar a luz en el hogar	Número de razones para parto en el hogar	Tradición, lejanía, dinero
Atención de partos anteriores por personal capacitado	Atención segura por personal idóneo para el parto	Número de partos atendidos por personal idóneos	Medico, Partera, Familiar

ANEXO 4

TABLA BASAL DE VARIABLES

VARIABLE	No	%	MEDIA	DES EST
EDAD			28.14	7.19
DE 10 A 19 años	3	11.1%		
DE 20A 49 años	24	88.9%		
SEMANAS DE GESTACION			31.33 SG	6.28
Más de 20 SG	24	88.88%		
Menos de 20 SG	3	11.12%		
NUMERO DE GESTAS			2.23	1.32
Más de 3 gestas	11	40.74%		
Menos de 3 gestas	16	59.26%		
ESTADO CIVIL				
Soltera	3	11.11%		
Unión libre	10	37.03%		
Casada	14	51.85%		
Viuda	0			
CONOCIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL				
SI	21	77.77%		
NO	6	22.23%		
CONTROL EN EMBARAZOS ANTERIORES				
SI	14	73.68%		
NO	5	26.32%		
LEJANIA DEL HOGAR				
SI	18	66.66%		
NO	9	33.34%		
LUGAR DE PARTO ANTERIOR				
CASA	17	89.47%		
HOSPITAL	2	10.53%		
MOTIVO PARA DAR A LUZ EN CASA				
DINERO	6	31.57%		
LEJANIA DEL HOGAR	3	15.78%		
TRADICION	10	52.63%		

GRAFICOS

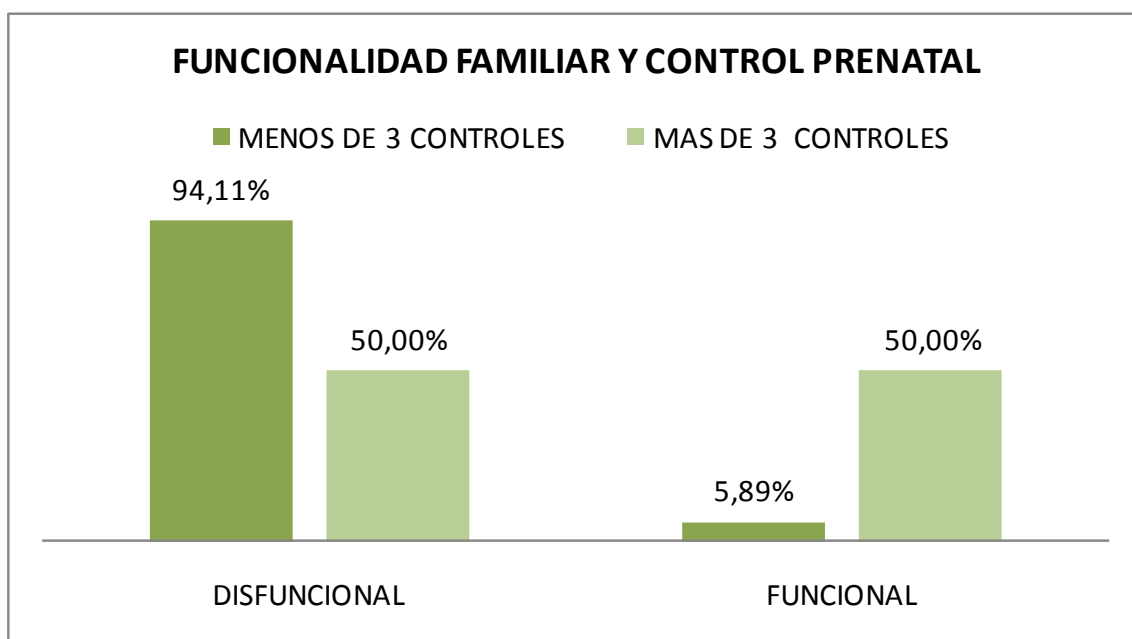


Gráfico N° 1 Comparación de funcionalidad familiar y el número de controles durante la gestación.

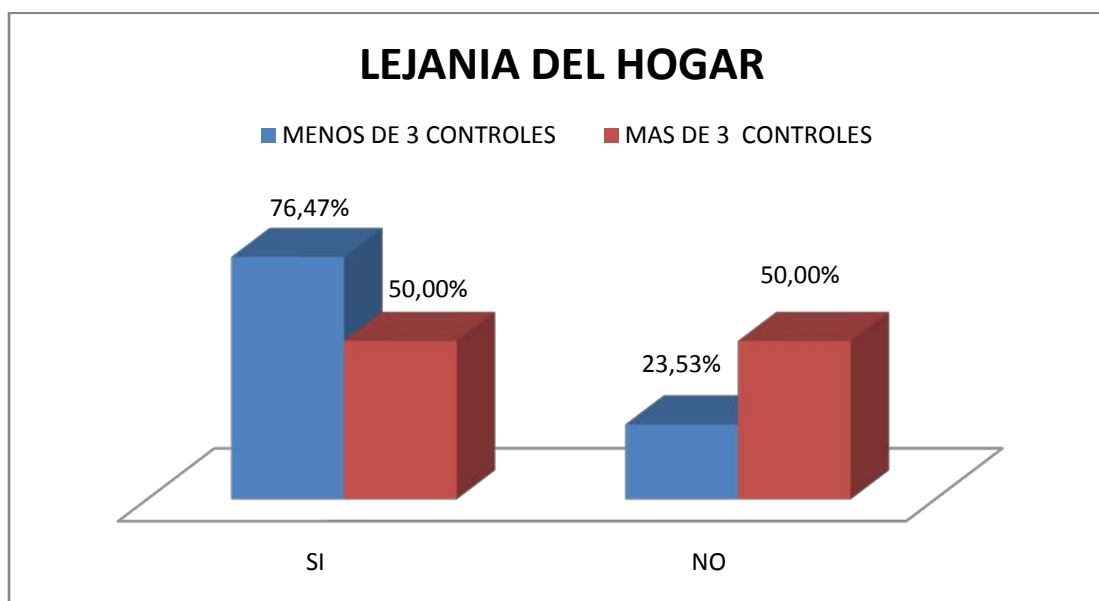


Gráfico N°2 Comparación de la lejanía del hogar hacia centros médicos y el número de controles prenatales.

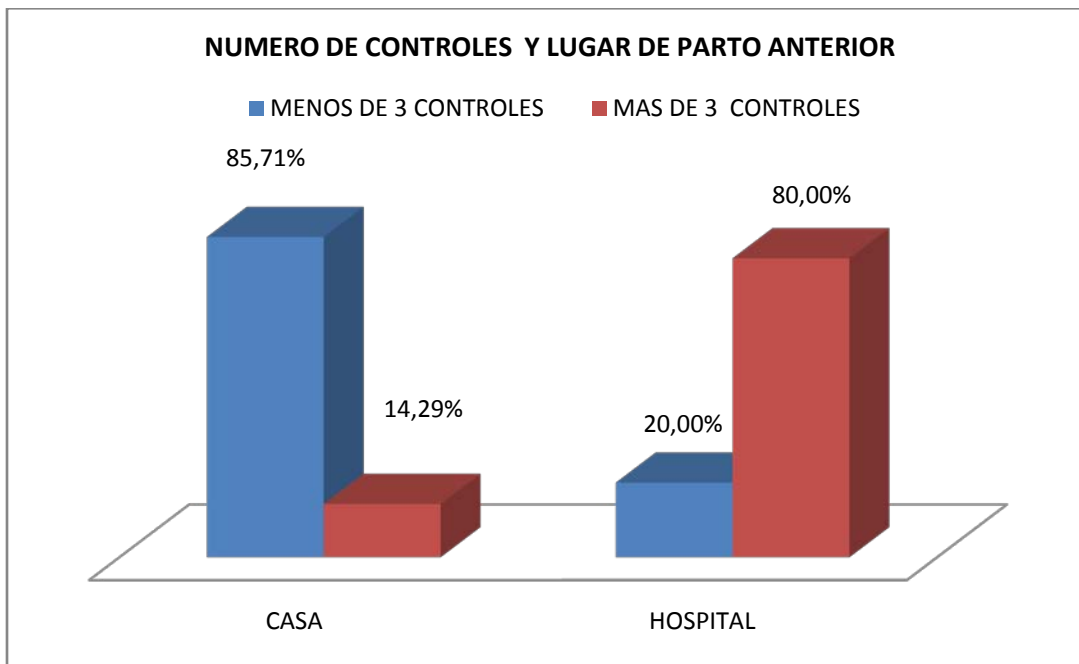


Gráfico N° 4 Comparación del numero de controles pre-natales y el lugar del parto anterior.

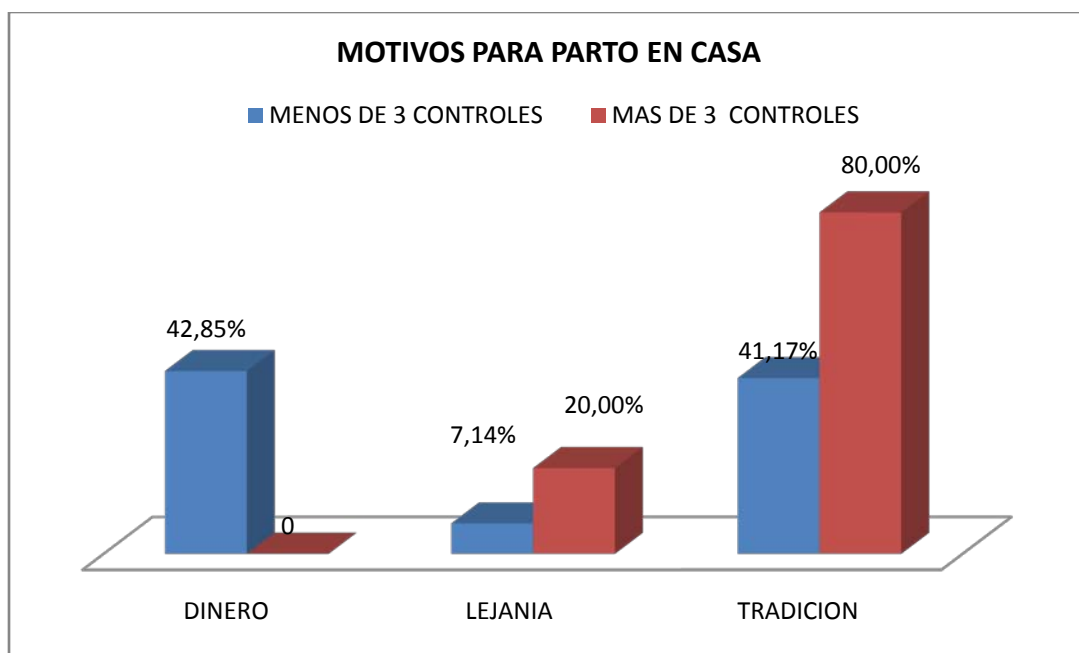


Gráfico N° 5 Comparacion del número de controles pre-natales y las razones elegidas para el parto en casa.

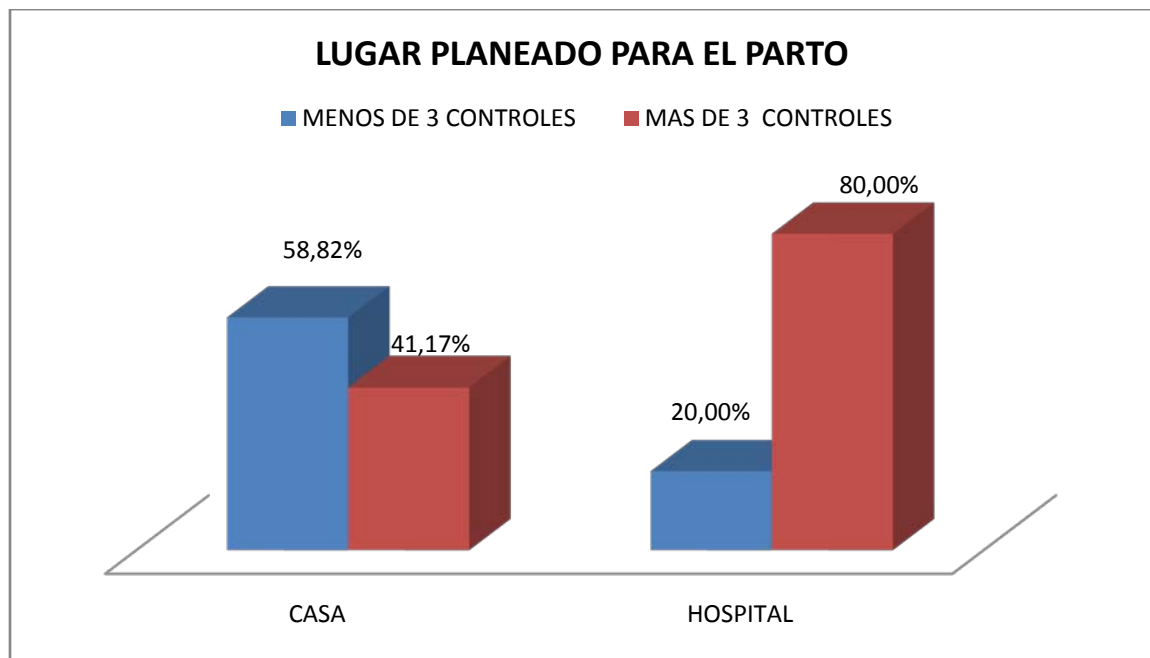


Gráfico N° 6 Comparación del número de controles pre-natales y el lugar planeado para el parto.