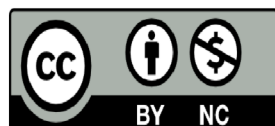


Vence, Elsa
Control Prenatal en Adolescentes

2022

Instituto: Ciencias de la Salud

Carrera: Licenciatura en Enfermería



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons.
Atribución – no comercial 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Vence, E. (2022). *Control Prenatal en Adolescentes* [tesis de grado, Universidad Nacional Arturo Jauretche]

Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ

<https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>



UNIVERSIDAD NACIONAL ARTURO JAURETCHE
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

INFORME DE INVESTIGACIÓN
CONTROL PRENATAL EN ADOLESCENTES

Estudiante: Vence Elsa

Directora de Tesina: Lic. Alicia Villalba

Florencio Varela, Julio del 2022

Agradecimientos

Quiero agradecer a mi familia que son los pilares de mi vida, por creer siempre en mí, quienes me apoyaron, alentaron y contuvieron en todo momento.

Dar gracias a DIOS quien me ha dado salud y fuerza para superar todas las dificultades, y agradecer especialmente a mi directora de tesis, la Lic. Alicia Villalba por su orientación, paciencia, dedicación y no dejarme claudicar aún en los momentos más difíciles, por todo el apoyo que me brindó para la realización de este trabajo.

También dar gracias a la Universidad Arturo Jaureche y a todos los profesores que me ayudaron durante mis estudios y preparación, son ejemplos que quiero llevar en mi vida personal y profesional.

Índice

Agradecimientos	2
Introducción	5
Justificación	7
Planteamiento del problema	7
Objetivo General	8
Objetivos específicos	8
Marco teórico	8
Consecuencias para la madre adolescente:	10
La Organización Mundial de la Salud y el embarazo adolescente	10
Consecuencias sociales y Económicas	11
Directrices de la OMS para la prevención de embarazo:	11
El embarazo adolescente en la Argentina	12
Educación Sexual Integral (ESI)	14
Programa nacional de educación sexual integral Ley 26.150	15
Control prenatal	15
Los objetivos principales del control prenatal son:	16
Cuidado Perinatal	16
Factores de Riesgos	18
Programas del Ministerio de Salud	20
Diseño metodológico:	21
Tipo de Estudio	21
Población:	21
Muestra	21
Unidad de Análisis	21
Técnicas y herramientas de recolección de datos	22
Operacionalización de variables	22

Procesamiento y análisis de datos	23
Tabla N° 1	23
Título: Edad de las adolescentes encuestadas.	23
Gráfico N° 1	23
Tabla N°2	24
Título: Nivel educativo	24
Gráfico N°2	24
Tabla N°3	25
Título: Estado civil	25
Gráfico N° 3	25
Tabla N°4	26
Título: Hábitos de consumo	26
Gráfico N°4	26
Tabla N°5 : Situación Económica	27
Gráfico N°5	27
Tabla N°6	28
Título: controles prenatales realizados	28
Gráfico N 6:	29
Tabla N°7	30
Título:Estudios Complementarios	30
Gráfico N°7	30
Tabla N°8	31
Título: Accesibilidad	31
Gráfico N°8	31
Conclusión	32
Recomendación	32
BIBLIOGRAFÍA	33
ANEXOS	35
Anexo 1:Encuesta modelo	36

Anexo 2: Matriz de datos	38
Anexo 3: Carnet Control Prenatal	39
Anexo 4: Imagen 1, CIC Agustin Ramirez	40
Anexo 5 : Imagen 2 CIC Agustin Ramirez	41
Anexo 6: Imagen 3, CIC Agustin Ramirez	42

Introducción

El control prenatal es una práctica en salud que permite prevenir, diagnosticar y tratar todos los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materno y perinatal. Esta intervención toma mayor relevancia cuando la población en estudio está constituida por embarazadas adolescentes¹ ya que la maternidad es un concepto que tiene diferente interpretación y repercusión según las experiencias individuales de cada mujer. Es un rol de la edad adulta, pero cuando esto ocurre en un periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. ,dado que esta ha evolucionado debido a diferentes factores culturales y sociales.

En un estudio realizado por la OMS sobre el embarazo en la adolescencia el 31 de enero de 2020 se han dado a conocer datos y cifras que muestra que el embarazo adolescente ha crecido en estos últimos años. Unos 16 millones de adolescentes de 14 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos; de ahí que las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 14 a 19 años en todo el mundo. Los bebés de madres adolescentes² se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años.

Dado que es frecuente ver que muchas de las embarazadas son adolescentes y que algunas de ellas llegan a la sala de parto sin un control adecuado, es necesario detectar cuáles son los factores y barreras que llevan a las adolescentes a no cumplir con el calendario del control prenatal que establece el Ministerio de Salud; así como también cuáles son sus características sociales y culturales.

El Control Prenatal es muy importante para todos los embarazos y adquiere mayor importancia cuando las embarazadas son adolescentes porque mediante este procedimiento se puede llegar a detectar tempranamente enfermedades que puedan provocar alteraciones en la salud de la madre y la del niño por nacer, así como también poder brindarle la contención que pueda necesitar durante esta etapa ya que es un proceso que no solo la afecta física y socialmente sino que también psicológicamente.

Por esta razón, es importante la realización periódica de los controles prenatales pues se podrán detectar riesgos, prevenir enfermedades y complicaciones así como también promover hábitos saludables durante el embarazo. La posibilidad de conocer los factores que obstaculizan la realización de los controles durante la

¹<http://www.argentina.gob.ar/salud/dinamia/ginecologia-obtetricia>..

² MSAL. Programa Nacional de la salud integral en la adolescencia. 2019. Recuperado en OMS. Embarazo en la adolescencia. 2020 Recuperado en : Adolescent Pregnancy.

gestación nos permitirá conocer la magnitud del problema, elaborar estrategias de prevención y promoción de la salud en la madre adolescente. Por lo tanto para que las adolescentes puedan asumir una maternidad responsablemente es necesario implementar políticas adecuadas de educación que les permita interiorizarse sobre los aspectos psicológicos y biológicos que puedan surgir en esa etapa y así poder lograr la protección de la salud del binomio madre e hijo.

Justificación

El presente trabajo tiene como objetivo estudiar los factores que influyen sobre las embarazadas adolescentes para no cumplir con la totalidad de las consultas gineco-obstétricas, previstas para el control prenatal según los cronogramas dispuestos por la normativa vigente en el Centro Integrador Comunitario” Agustín Ramírez.”

Para la detección de los factores de riesgos es necesario realizar la correcta valoración de la embarazada en la primer consulta, iniciar la Historia Clínica Perinatal, elemento imprescindible para planificar la atención de la embarazada, ya que en este instrumento se registran los datos obtenidos en cada control e información indispensables para la embarazada y los profesionales tratantes para su evaluación³.

Las actividades que se realizan en la primera consulta son: detectar signos de presunción, probabilidad y certeza del embarazo, cálculo de la edad gestacional, realizar la Historia Clínica y evaluación de riesgo, examen clínico completo, peso corporal ,talla , medida de tensión arterial, examen ginecológico-Papanicolaou y colposcopia) administrar suplemento de hierro y ácido fólico.

³ *Rev. Soc. Argent. Ginecol. Infanto Juvenil*; 3(2): 35-46, 1996. *ilus, graf Artigo em Espanhol* | LILACS | ID: lil-243447 Biblioteca
responsável: [AR144](#).

Planteamiento del problema

Durante la realización de las prácticas de las distintas asignaturas en diferentes centros de salud he observado frecuentemente que muchas embarazadas adolescentes no poseían los controles prenatales en forma periódica, según la libreta sanitaria materna infantil. En virtud de conocer los factores y compartir la información obtenida con los referentes sanitarios locales, se formula la pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores que influyen en las embarazadas adolescentes del grupo etario comprendido entre 14 a 19 años de edad para no cumplir con el control prenatal, en el Centro Integrador Comunitario “Agustín Ramírez” en el periodo de junio-julio del 2020?

Objetivo General

Conocer los factores de riesgo que influyen en las embarazadas adolescentes del grupo etario comprendido entre 14 a 19 años de edad para no cumplir con el control prenatal, en el Centro Integrador Comunitario “Agustín Ramírez” en el periodo de junio-julio del 2020.

Objetivos específicos

- Caracterizar a la población de embarazadas adolescentes que concurren al centro de salud.
- Establecer si las embarazadas tienen conocimiento sobre la importancia del cumplimiento del control prenatal.
- Conocer las barreras que impiden a las gestantes cumplir con el control prenatal.
- Facilitar información al personal de Enfermería sobre los factores de riesgos y barreras que obstaculizan el control prenatal en las embarazadas adolescentes.

Marco teórico

El embarazo adolescente hace referencia a toda gestación que ocurre entre los 13 y los 19 años, es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, consolida la independencia socio-económica y fija sus límites . En esta etapa los jóvenes sufren diversas transformaciones psicológicas, físicas y cognoscitivas, está caracterizada por la aparición de la pubertad, el establecimiento de la independencia de los padres, la búsqueda de la identidad y el desarrollo de procesos cognoscitivos. A medida que los adolescentes experimentan estos cambios, pueden probar muchos comportamientos de riesgos entre los que se encuentra la actividad sexual. Fulano, 2019. Con respecto a esto, la adolescencia se puede dividir en tres etapas que presentan características diferentes y a su vez distintas formas de enfrentar un embarazo:

1. Adolescencia temprana (10 a 13 años) .
2. Adolescencia media (14 a 16 años).
3. -Adolescencia tardía (15 a 19 años).

El embarazo adolescente es un problema social cada vez más frecuente, ya que inician sus relaciones sexuales a edad temprana, lo que conlleva a un embarazo no deseado. Esto no solo provoca la deserción escolar sino que también afecta a la salud de la madre y el niño por nacer, aumentando así el riesgo de morbimortalidad de ambos.

Las adolescentes que se embarazan, más que cualquier otra adolescente, necesitan apoyo, comprensión y ayuda, ya que son más sensibles, inseguras y desvalorizadas. Existen medidas preventivas orientadas a prevenir el embarazo, a prevenir los riesgos (amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, desnutrición, etc.); ya que el embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes cuando estas todavía no alcanzan la madurez física y mental y muchas veces en medio de familias poco receptivos para aceptarlo y protegerlos, esto provoca serios trastornos biológicos, sociales, económicos y personales

Para comprender cómo vive el embarazo una adolescente, se deben tener en cuenta los cambios psicológicos, que estarán condicionados por su historia de vida, por la relación con el progenitor de su hijo, por la situación con su familia, por su edad y especialmente por su madurez personal.

Lo factores relacionados al embarazo adolescente pueden ser:

- Edad de la menarquia precoz: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgos(enfermedades infecciosas,pobreza,muerte materna)
- Deseo de independencia
- Falta de información acerca de su anatomía y fisiología.
- Desconocimiento de métodos anticonceptivos y de su uso correcto.
- Sentimiento de soledad
- Incomprensión y baja autoestima.
- Uso y abuso de alcohol y droga
- Abuso de su persona
- Abandono parental, ausencia de figuras maternas o paternas.
- Falta de implementación de la ESI.

Consecuencias para la madre adolescente:

El embarazo adolescente no solo trae consecuencias físicas sino que también psicológicas, en la adolescencia puede traer muchas complicaciones ya que es considerado de alto riesgo ,los principales problemas son la mal nutrición de la madre, ya que es esencial para el desarrollo del bebé ;el aborto espontáneo;partos prematuros; bebés con bajo peso, etc. En tanto las consecuencias psicológicas en una adolescente embarazada van de sentir miedo a ser rechazada socialmente hasta sentirse criticada por su entorno familiar y sus amigos. Si el embarazo no fue deseado puede sentirse triste, culpable y su autoestima baja totalmente. Esto lleva a tener problemas de aprendizaje lo que provoca el abandono de los estudios,deserción escolar;lo que reduce sus futuras oportunidades y posibilidades de realización personal, menor duración y más inestabilidad en parejas adolescentes, tendencia a un mayor número de hijos con intervalos más cortos.

La Organización Mundial de la Salud y el embarazo adolescente

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su modelo de control prenatal establece que las mujeres con embarazo considerado de bajo riesgo deben recibir un control prenatal precoz, periódico y continuo, estos dos últimos dependen del riesgo que presente la mujer durante la gestación y su medio socioeconómico, cultural y psicológico. Un control prenatal óptimo comprende como mínimo cinco controles durante el periodo del embarazo de bajo riesgo. El primer control de diagnóstico debería ser dentro de las primeras 15 semanas y los otros cuatro repartidos de la siguiente manera, uno entre las 22 y 27 semanas, uno entre las 28 y

33 semanas, un cuarto entre las 34 y 38 semanas y el último entre las 38 y 40 semanas.⁴

Algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así, y esto ocurre con mucha frecuencia en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. En algunos países, los embarazos fuera del matrimonio no son raros. En cambio, algunas muchachas pueden recibir presión social para contraer matrimonio y, una vez casadas, para tener hijos. En países de ingresos medianos y bajos Más del 30% de las muchachas contraen matrimonio antes de los 18 años, y cerca del 14% antes de los 15 años.

Por esta razón las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo.. Cada año se practican unos 3 millones de abortos peligrosos entre muchachas de 15 a 19 años, lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud prolongados.

La procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de vida.

Consecuencias sociales y Económicas

No obstante, el embarazo en la adolescencia puede también tener repercusiones sociales y económicas negativas para las muchachas, sus familias y sus comunidades. Muchas de ellas se quedan embarazadas y se ven obligadas a dejar la escuela, y una adolescente con escasa o ninguna educación tienen menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo. Esto puede también tener un costo económico para el país, puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo prematuro.

Directrices de la OMS para la prevención de embarazo:

Con respecto a este tema, en 2011 la OMS publicó junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) unas directrices sobre la prevención de los embarazos precoces y la reducción de los resultados negativos para la

⁴Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Banco de...<https://bancos.salud.gob.ar/site/default/files>
Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para <https://apps.who.int/iris/bitstream/WHO-RHR-16.12-spa.pdf>

reproducción. Las directrices contienen recomendaciones sobre las medidas que los países podrían adoptar, con seis objetivos principales:

- Reducir el número de matrimonios antes de los 18 años.
- Fomentar la comprensión y el apoyo a fin de reducir el número de embarazos. Aumentar el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes a fin de evitar el riesgo de embarazo involuntario.
- Reducir las relaciones sexuales forzadas entre las adolescentes.
- Reducir los abortos peligrosos entre las adolescentes.
- Incrementar el uso de servicios especializados de atención prenatal, en el parto y postnatal por parte de las adolescentes.

Además, la OMS participa en diversas iniciativas junto con organismos y programas conexos, como la iniciativa «H4 +», en la que también participan ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres y el Banco Mundial. Esta iniciativa tiene por objeto acelerar el progreso hacia la consecución del Objetivo 4 de Desarrollo del Milenio (reducir la mortalidad infantil) y el Objetivo 5 (mejorar la salud materna) para 2015. Trata de abordar las causas profundas de la mortalidad y morbilidad maternas, neonatales e infantiles, entre ellas la desigualdad de género, el matrimonio prematuro y el acceso limitado a la educación para las niñas. Al mismo tiempo, se alinea estrechamente con los planes de salud nacionales y proporciona apoyo financiero y técnico a los gobiernos.

El embarazo adolescente en la Argentina

En Argentina, los embarazos adolescentes representan el 16% de todos los nacimientos que ocurren en el país. El porcentaje de embarazos en adolescentes en Argentina en 2017 fue de 1,5 nacidos por cada mil niñas y adolescentes de 10 a 14 años; y de 53,1 cada mil adolescentes de 15 a 19 años. En un estudio elaborado durante el segundo semestre del 2019 en el marco de un proyecto de cooperación entre el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (ENIA) de la República Argentina se constató que 7 de cada 10 embarazos en adolescentes de entre 15 y 19 años; y 8 de cada 10 en niñas de menos de 15 años de edad.

El ex ministro de salud Ginés González García, aseguró que “la mortalidad materna infantil es mucho más que una estadística, es una tragedia. Los enfoques clásicos de Control Prenatal no alcanzan para combatir los altos números de mortalidad materna...”⁵ “Si bien uno por la propia experiencia conoce los números, medir el impacto del embarazo adolescente sirve para cambiar ese impacto y tener la

⁵ *Embarazo adolescente/Adolescent pregnancy Calandra, Nilda; Vazquez, Sandra; Berner, Enrique; Corral, Ana; Bianculli, Carlos*

posibilidad de trabajar en la prevención de⁶ esos embarazos para que ocurran menos y, sobre todo, menos allí donde más nos preocupa que es donde la desigualdad es mayor en la Argentina `` ,manifestó González García frente a equipos técnicos, funcionarios y especialistas que trabajan en esta problemática.

Según las cifras de Unicef y del Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia, en Argentina, cada día, 306 menores de 19 años se convierten en madres. Por año, se suceden 3.000 embarazos de niñas de 10 a 14 años. El 80% son producto de abusos sexuales.

En cuanto a la salud, los embarazos en la adolescencia, especialmente en las menores de 16 años, son considerados de alto riesgo. Muchas adolescentes embarazadas presentan malnutrición, mayor incidencia de aborto, partos prematuros o bebés con bajo peso al nacer, debido a que el útero de la mujer está físicamente inmaduro, y a veces la conformación ósea de la pelvis no está soldada. Las complicaciones en el embarazo y el parto forman parte de las principales causas de muerte de mujeres entre los 15 y 19 años de edad.

En Argentina hoy la primera causa de mortalidad materna son las complicaciones que provocan los abortos clandestinos. Aquellos a los que se ven obligadas muchas mujeres, pero especialmente aquellas con menores niveles de educación y en condiciones de mayor pobreza o vulnerabilidad. Se calcula que en Argentina se practican más de 400.000 abortos clandestinos al año, según datos propios del Ministerio de Salud.

Por ende, la maternidad a edades tan tempranas impacta en la educación de las mujeres: mientras que el 95% de las chicas de 14 años que no son madres asiste a un establecimiento educativo, sólo el 66% de las que sí lo son permanece en la escuela. A los 19 años, el nivel de asistencia a la escuela de las que son madres baja al 21%, en tanto entre las que no son madres asiste el 59%.

El impacto del embarazo adolescente en la educación y trabajo

El embarazo y/o maternidad en la adolescencia refuerza tendencias a la interrupción de la trayectoria escolar. El 30% de las jóvenes que abandonó el secundario lo hizo por embarazo o maternidad.¹⁰ Según surge del análisis de información oficial, durante 2015 el 31% de las madres menores de 20 años tenía el primario y/o ciclo de educación general completo, mientras que el 49% no completó el secundario y/o polimodal y sólo el 16% tiene la secundaria o el polimodal completo.¹¹ Pese a que

⁶ Embarazo adolescente/Adolescent pregnancy Calandra, Nilda; Vazquez, Sandra; Berner, Enrique; Corral, Ana; Bianculli, Carlos

⁷ Guías del Ministerio de Salud-Obstetricia(Argentina)<https://webmedical.argentina.com.ar/index.php?articulosk2>

Rev. Soc. Argentina. Ginecol. Infanto Juvenil: 3(2): 35-46, 1996. *ilus, graf Artigo em Espanhol* | LILACS | ID: lil-243447 Biblioteca
responsável: [AR144](#).

este dato no es concluyente respecto de la relación causal entre escolaridad y maternidad no deseada, sí permite tender algunas conclusiones del impacto del embarazo adolescente en la trayectoria educativa. No obstante, tanto como causa o como efecto del embarazo adolescente, la deserción escolar está asociada con la maternidad temprana. El embarazo adolescente tiene impacto en la inserción laboral precaria en el mercado de trabajo y en la reproducción intergeneracional de la pobreza. Un 67% de las personas jóvenes que no estudia, no trabaja ni busca trabajo son niñas y adolescentes que cuidan niños en sus hogares.¹² La mayor inactividad laboral, entonces, se encuentra fuertemente vinculada con la demanda de las tareas de cuidado en el hogar, tareas que recaen mayoritariamente en las mujeres. El objetivo del Gobierno de Desarrollo Humano Sustentable para el período 2017-2019 propone una estrategia Nacional para adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad. En este contexto el gobierno lanzó un Plan Nacional de Prevención y Reducción del Embarazo no Intencional en la Adolescencia 2017-2019. Es necesario que este plan sea implementado de manera integral para garantizar los derechos de la niñez a la salud, el trabajo, la educación y a las posibilidades de desarrollar su plan de vida. Esto debe ir acompañado de los recursos humanos y financieros necesarios para su efectiva implementación.

Educación Sexual Integral (ESI)

La Educación Sexual Integral es el conjunto de actividades que se realizan en la escuela para que los chicos y las chicas, de acuerdo a sus edades, aprendan a conocer su propio cuerpo, asumir valores y actitudes responsables relacionadas con la sexualidad, conocer y respetar el derecho a la identidad, la no discriminación y el buen trato. A través de la ESI la escuela ayuda a los chicos y las chicas a comprender su proceso de crecimiento y a sentirse acompañados en el desarrollo de la sexualidad y el cuidado de la salud.

La Educación Sexual Integral brinda herramientas para que las y los adolescentes puedan:

- Expresar sus emociones y sentimientos.
- Decidir con libertad y responsabilidad cuándo iniciar las relaciones sexuales y con quién.
- Evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.
- Conocer el derecho de las adolescentes embarazadas a seguir estudiando.
- Respetar la diversidad sexual y rechazar toda forma de discriminación.
- Construir un análisis crítico sobre los mensajes cotidianos sobre la sexualidad (televisión, internet, chistes).

- Saber a quién acudir en caso de violencia sexual(5)

Programa nacional de educación sexual integral⁸ Ley 26.150

Establécese que todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal. Creación y Objetivos de dicho Programa.

Control prenatal

El control prenatal es una respuesta organizada de los servicios de salud para el acompañamiento de la mujer embarazada desde la concepción hasta el inicio del trabajo de parto.

La atención prenatal reduce la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, partos prematuros y el número de productos con bajo peso al nacer; también permite identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo

El objetivo principal de la atención a la embarazada es seguir el desarrollo de la gestación desde el inicio y detectar rápidamente cualquier anomalía que pueda presentarse. Con el C.P.N. se espera captar y tratar oportunamente situaciones que aumentan la morbimortalidad obstétrica y perinatal. La primera hace referencia a los eventos que se presentan en las embarazadas y que pueden influir en la salud del bienestar de la madre y el hijo, las más frecuente son hemorragias, infecciones, pre eclampsia y trastornos hipertensivos. La segunda comprende afecciones propias del neonato como prematuridad, asfixia, malformaciones congénitas, bajo peso al nacer y dificultades respiratorias.

Se entiende como C.P.N. al conjunto de acciones médicas y asistenciales que se en entrevistas y visitas programadas de las embarazadas con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso.

Para alcanzar la calidad del control prenatal debe reunir los siguientes requisitos:

- Ser precoz: debe iniciarse en el primer trimestre de gestación, en cuanto se haya diagnosticado el embarazo ya que permite al profesional ejecutar

⁸ Programa Nacional de Educación Sexual Integral(ESI)<https://www.argentina.gob.ar/educacion/esi>

acciones de promoción, prevención y detectar tempranamente factores de riesgos.

- Ser periódico: la frecuencia varía según el riesgo, detectando en forma oportuna aquellos factores que permitan una identificación del mismo y una atención diferencial del embarazo. Ser completo: en la evaluación del estado general de la mujer, de la evolución del embarazo, de las intervenciones requeridas según la edad gestacional, así como también las actividades de promoción y prevención de la salud.⁹
- Tener amplia cobertura: promoviendo el control de toda la población bajo responsabilidad, garantizando la igualdad, accesibilidad y gratuidad en la atención.

Los objetivos principales del control prenatal son:

- Mejorar la salud y la atención de las mujeres a los servicios públicos de la Provincia de Buenos Aires, garantizando su inclusión y continuidad en el sistema, sobre todo aquellas identificadas como población de riesgo.
- Propiciar un espacio para una atención integral, teniendo en cuenta las necesidades emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus hijos y familias, y no solamente el cuidado biológico.(OMS)
- Fortalecer o estimular la participación en el cuidado de la salud brindando contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y el niño.
- Prevenir, diagnosticar y tratar oportunamente complicaciones del embarazo.
- Vigilar el adecuado crecimiento y la vitalidad fetal.
- Detectar enfermedades subclínicas.
- Promover el estilo de vida saludable.

Cuidado Perinatal

En el año 2001 la OMS dio conocer 10 principios referentes al cuidado perinatal, que deben tenerse en cuenta a la hora de realizar la atención de un embarazo y parto de bajo riesgo.

1. Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones y aplicando solo la tecnología necesaria.

⁹ Programa Nacional de Educación Sexual Integral(ESI)<https://www.argentina.gob.ar/educacion>esi>

2. Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluyen métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico y tendiente a reducir el uso de tecnología compleja o sofisticada, cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o mejores.
3. Ser basados en las evidencias, lo que significa ser avalados por la mejor evidencia científica.
4. Ser regionalizado, basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciario.¹⁰
5. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores, trabajadores sociales, etc.
6. Ser integral, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias, y no solamente el cuidado biológico.
7. Centrado en la familias, dirigido a las necesidades de la mujer, su hijo y su pareja
8. Ser apropiado, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales.
9. Tener en cuenta la toma de decisiones de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Con respecto a las acciones a implementar durante el control prenatal son las siguientes:

- Categorizar continuamente a las embarazadas según riesgo, asegurando su atención y seguimiento así como también el tratamiento específico a aquellas que lo requieran.
- Intensificar la captación precoz. (CPN antes de la semana 14 de gestación).
- Garantizar que las embarazadas tengan acceso a un control de salud mensual, estableciendo un mínimo de 5 controles en el bajo riesgo.
- Asegurar estrategias que permitan la recaptura de las embarazadas que abandonaron el control y de las puérperas que no concurren al mismo.
- Mejorar la calidad de atención, con el uso de tecnologías apropiadas: balanza con altímetro, tensiómetro, cinta métrica obstétrica, estetoscopio de Pinard, curva de altura uterina, etc.
- Facilitar el acceso a los estudios complementarios de diagnóstico.(laboratorio, ecografías, etc.)
- Evaluar el estado nutricional materno.(tabla de Atalah)
- Prevenir, diagnosticar y tratar oportunamente enfermedades clínicas de la madre y /o complicaciones del embarazo.

¹⁰ *Guía de procedimientos Integral del Comité de Ética Nivel Central-Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As. ...CAPÍTULO 1:EL CONTROL PRENATAL EN EMBARAZO DE BAJO RIESGO*

- Aplicar estrategias para disminuir las causas reducibles del bajo peso al nacer, la prematuridad, la restricción del crecimiento uterino, la preeclampsia y las infecciones, entre otras.
- Preparar a la embarazada física y psíquicamente para la maternidad, propiciando el acompañamiento de la pareja o familiar que ella elija.
- Recomendar desde el embarazo la lactancia materna y preparar a la madre para la lactancia exclusiva.
- Promover e incrementar la asistencia de las puérperas a los controles de salud.
- Realizar asesoramiento en anticoncepción para la prevención de embarazos inoportunos o inesperados, que puedan dar origen a abortos provocados aumentando la morbi-mortalidad materna.
- Monitorear la calidad de atención a través del Sistema Informático Perinatal (SIP) O Sistema Informático Perinatal Ambulatorio (SIPA).
- Realizar un auto evaluación de calidad

Factores de Riesgos

Los factores de riesgos a los que están expuestas las embarazadas adolescentes son aquellos marcadores que se ven asociados a una enfermedad o daño con distinta intensidad o frecuencia. Los que deben ser evaluados son:

1- Características socio demográficas desfavorables:

- Edad menor de 17 años o mayor de 35 años
- Desocupación personal o familiar
- Situación inestable de pareja
- Analfabetismo
- Desnutrición
- Obesidad
- Dependencia de alcohol, drogas ilícitas o abuso de fármacos
- Tabaquismo
- Violencia doméstica

2 Antecedentes obstétricos:

- Amenaza de parto prematuro
- Aborto
- Hipertensión
- Diabetes gestacional

- Multiparidad

3-Patologías del embarazo actual

- Desviaciones en el crecimiento fetal
- Ganancia de peso inadecuado
- Amenaza de parto pre término o gestación prolongada
- Preeclampsia
- Hemorragias durante la gestación
- Diabetes gestacional
- Madre con factor RH negativo
- Enfermedades infecciosas: TBC, sífilis, HIV, rubéola, Toxoplasmosis, Chagas, HPV, etc.

4-Patologías maternas previas al embarazo

- Cardiopatías
- Epilepsia
- Enfermedades autoinmune
- Hipertiroidismo
- Diabetes

Protocolo de seguimiento del embarazo

Por Resolución 3749/05, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires resuelve incorporar la nueva Historia Clínica Perinatal desarrollada y validada por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP-OPS/OMS). Esta tiene como objetivo:

- Identificar la población asistida
- Favorecer el cumplimiento de las normas
- Proveer información útil para la normalización (evidencia clínica)
- Categorizar problemas
- Procesar datos localmente
- Servir de base para planificar la atención de la madre y el niño
- Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica

La Libreta Sanitaria Materno-Infantil (LSMI), por Ley 10.108, se distribuye en forma gratuita y obligatoria. Este instrumento se deberá entregar en el primer control prenatal y quedará en poder de la embarazada. Por Resolución 426/97 y 3749/05, se declara de uso obligatorio, la Libreta Sanitaria Materno-infantil del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, en todas las instituciones donde se realice la asistencia prenatal, del parto y del niño.

Contiene información básica sobre la evolución del embarazo y parto, así como también datos del nacimiento, crecimiento, desarrollo y cuidados del niño. Además facilita la transmisión de información considerada básica, desde el primer nivel de atención en Centro de Salud o consultorio externo del Hospital y el nivel de referencia en donde se atenderá el parto.

Programas del Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud ha implementado diferentes programas y planes tales como:

- Sumar

Es un seguro de salud para personas que no tienen obra social ni prepaga. Garantiza la atención gratuita y el cuidado de la salud para mujeres embarazadas, niños /as, adolescentes, hombres y mujeres de hasta 64 años de edad.

- Programa materno infantil

Consiste en un paquete de prestaciones básicas orientadas a mujeres embarazadas y niños de 0 a 5 años de edad. Esta cobertura comprende para las gestantes consultas, estudios de diagnósticos, psicoprofilaxis obstétrica y medicamentos.

- Asignación por embarazo para protección social

Se abona desde la semana 12 de gestación hasta el nacimiento o interrupción del embarazo. Tiene estar inscripta en el Programa SUMAR y cumplir con los controles médicos establecidos.

- Tarifa social federal SUBE

Si es beneficiario de la AUE (Asignación universal por embarazo) puede acceder a la Tarifa Social Federal. Tener la tarjeta SUBE registrada con nombre y DNI para que se le aplique un descuento.

Si es beneficiaria de la AUE le devuelven el IVA por las compras que se pueden hacer con la tarjeta de débito.

- Plan nacer

Además de mejorar la calidad de prestaciones promueve un cambio de cultura en el ámbito de la salud, es un programa que permite disminuir la mortalidad infantil y materna a través de la captación y búsqueda de las embarazadas, niños/as que hayan abandonados los controles. El Plan Nacer inscribe a la embarazada para que acceda a la AUE

- PLAN ENIA (Embarazo no Intencional Adolescente)

En 2017 la Presidencia de la Nación puso en marcha el Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA), iniciativa que articula los esfuerzos de los Ministerios de Salud y Desarrollo Social y de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología con el objetivo de prevenir los embarazos no intencionales.

Con el propósito de:

- Sensibilizar sobre la importancia de prevenir el embarazo no intencional en la adolescencia.
- Potenciar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia.
- Brindar información sobre salud sexual y reproductiva y métodos anticonceptivos en forma gratuita en los servicios de salud.

- Fortalecer políticas para la prevención del abuso, la violencia sexual y el acceso a la interrupción legal del embarazo según el marco normativo vigente.

Esto se realiza con una mirada integral, los Ministerios Nacionales de Salud, de Desarrollo Social y de Educación, trabajamos en conjunto para garantizar los derechos de los y las adolescentes a:

- acceso gratuito de a métodos anticonceptivos
- educación sexual integral y asesoría en las escuelas
- consejería en salud sexual y reproductiva
- actividad de promoción comunitaria

Diseño metodológico:

Tipo de Estudio

Este informe de investigación se realizó mediante un estudio descriptivo simple, abordado desde un enfoque cuantitativo a partir de la recolección y análisis de datos obtenidos mediante encuesta a las embarazadas adolescentes que concurren al Centro Integrador Comunitario (CIC) “Agustín Ramírez” en el periodo de Junio-Julio del 2020.

Población:

La población de estudio está compuesto por las embarazadas que concurren a realizarse el control prenatal al Centro Integrador Comunitario (CIC) “Agustín Ramírez” durante Junio- Julio de 2020.

Muestra

La muestra seleccionada estará constituida por 29 embarazadas adolescentes del grupo etario comprendido entre 14 a 19 años de edad que concurren a realizarse el control prenatal al Centro Integrador Comunitario (CIC) “Agustín Ramírez” durante Junio- Julio de 2020.

Unidad de Análisis

La unidad de análisis estará representada en cada una de las 29 embarazadas que componen la muestra.

Unidad de análisis:

Cada una de las embarazadas adolescentes de 14 a 19 años, que concurren al Centro Integrador Comunitario Agustín Ramírez para cumplir con el calendario del control prenatal, durante el periodo de junio -julio del 2020.

Criterio de inclusión:

- Las embarazadas que integran el grupo etario entre 14 y 19 años, que asisten al Centro Integrador Comunitario” San Agustín” durante el periodo de junio -julio del 2020.

Criterio de exclusión:

- Las embarazadas que no integren el grupo etario entre 14 y 19 años.
- las embarazadas que integren el grupo etario entre 14 y 19 años que no accedan voluntariamente.

Técnicas y herramientas de recolección de datos

La recolección de datos se realizó durante una entrevista a cada participante voluntaria que cumplía con los requisitos de inclusión. En la entrevista se utilizó un cuestionario de preguntas abiertas y cerradas que permitió indagar a las embarazadas adolescentes sobre las características socio demográficas y su entorno facilitando de ese modo la obtención de la información necesaria para este estudio.

Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES
EMBARAZO ADOLESCENTE	EDAD	de14 A 19 AÑOS
FACTORES DE RIESGOS	NIVEL EDUCATIVO	Primaria Primaria completa Secundaria Secundaria completa Terciario
	NIVEL DE CONOCIMIENTO	Control prenatal métodos anticonceptivos
	NIVEL ECONÓMICO	Ingresos de la familia Ingreso de la pareja Otros

Procesamiento y análisis de datos

Tabla N° 1

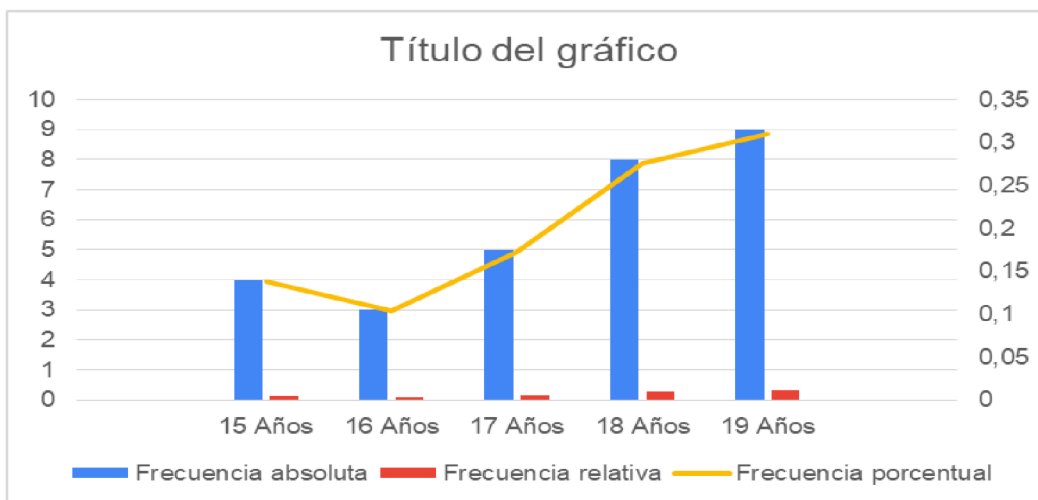
Título: Edad de las adolescentes encuestadas.

Columna1	Columna2	Columna3	Columna4
Edad	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia porcentual
15 Años	4	0,137931034	14%
16 Años	3	0,103448276	10%
17 Años	5	0,172413793	17%
18 Años	8	0,275862069	28%
19 Años	9	0,310344828	31%
Total	29	1	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 1

Título: Edad de las adolescentes encuestadas.



Fuente: Elaboración propia

Comentario: Del total de las adolescentes encuestadas el 14% tienen 15 años, el 10% de 16 años, el 17% de 17 años, el 28% de 18 años y el 31% de 19 años.

Tabla N°2

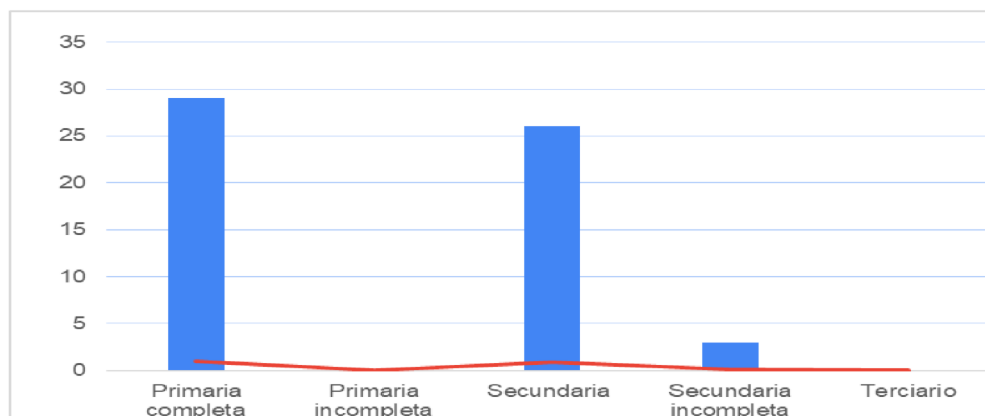
Título: Nivel educativo

Escolaridad	Frecuencia	porcentaje
Primaria completa	29	100%
Primaria incompleta	0	0%
Secundaria completa	3	10%
Secundaria incompleta	26	90%
Terciario	0	0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°2

Título: Nivel Educativo



Comentario: Del total de las embarazadas adolescentes encuestadas podemos decir que el 100% han terminado la escuela primaria y el 90% (26 adolescentes) han abandonado el nivel secundario y solo el 10% lo han completado y ninguna accedió al nivel terciario.

Tabla N°3

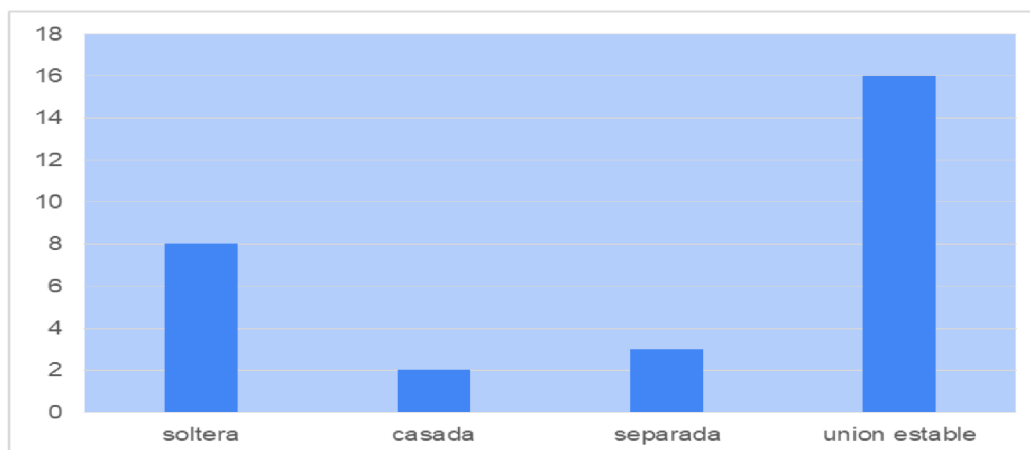
Título: Estado civil

Estado Civil	total	Porcentaje
soltera	8	27
casada	2	7
separada	3	10
unión estable	16	56

Fuente:Elaboración propia.

Gráfico N° 3

Título: Estado civil



Fuente: Elaboración propia

Comentario:El 96% de las embarazadas encuestadas se encuentran en una unión estables con sus parejas . El 27% es soltera, el 7% casada y el 10% se ha separado.

Tabla N°4

Título: Hábitos de consumo

adicciones	si	%
Fuma	7	24
Consume alcohol	2	7
Consume drogas	1	3
sufren violencia	1	3

Fuente:Elaboración propia

Gráfico N°4

Título:Hábitos de consumo



Fuente:Elaboración propia

Comentario: Según los datos obtenidos podemos decir que el 63% de las adolescentes embarazadas a las cuáles se han encuestado no poseen adicciones al cigarrillo, alcohol ni drogas ni sufre violencia. El 24% consume tabaco, un 1% sufre violencia, consume drogas y el 2% consume alcohol.

Tabla N°5 : Situación Económica

situación económica	Si	%
Trabaja R.D.	0	
trabajo informal	7	25 %
No trabaja	22	75%
AUE/AUH	29	100%

Fuente:Elaboración propia

Gráfico N°5

Título:Situación Económica



Fuente:Elaboración propia

Comentario: Según los datos obtenidos el total de las adolescentes encuestadas recibe el Plan AUE. El 25% Trabaja en la informalidad, el 75% no trabaja. .

Tabla N°6

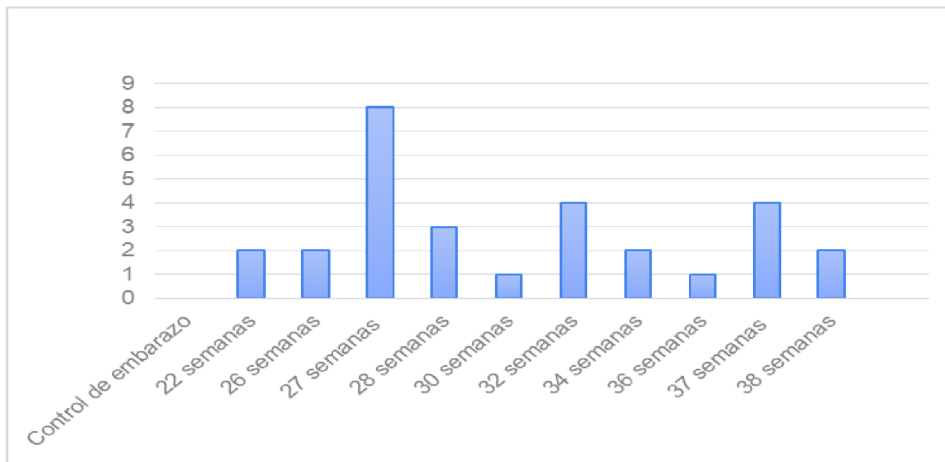
Título: controles prenatales realizados

Control de embarazo	n°de embarazadas	%
22 semanas	2	7
26 semanas	2	7
27 semanas	8	24
28 semanas	3	9
30 semanas	1	3
32 semanas	4	12
34 semanas	2	7
36 semanas	1	3
37 semanas	4	12
38 semanas	2	6

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N 6:

Título: Controles realizados



Comentario: La mayoría de las embarazadas han comenzado su primer control después de las 27 semanas de gestación.

Tabla N°7

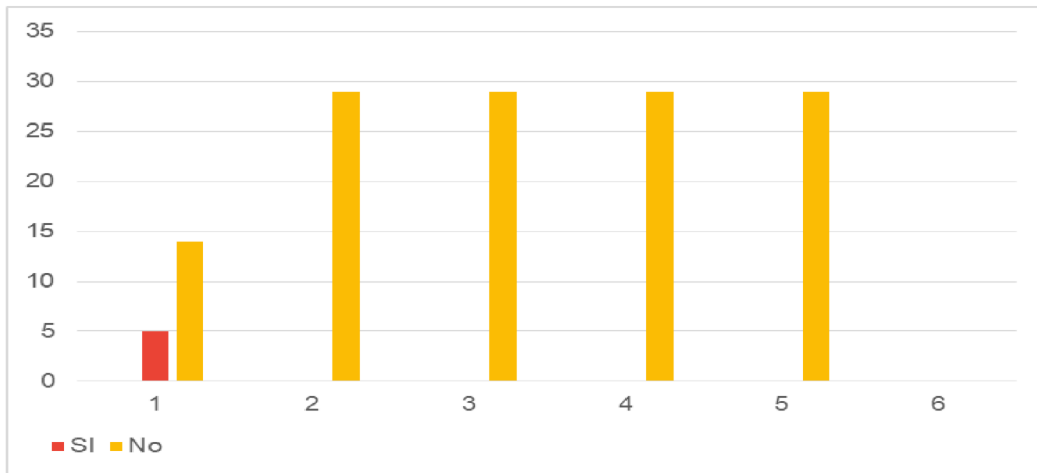
Título: Estudios Complementarios

Control prenatal y asesoramiento	SI	No
Estudios complementarios	14	15
Atc.Educ.Prenatal	0	29
Curso parto	0	29
Consejería para lactancia	0	29
Planificación familiar	0	29

Fuente:Elaboración propia

Gráfico N°7

Título: Estudios Complementarios



Comentario: De acuerdo a la investigación realizada se pudo constatar que la totalidad de las adolescentes encuestadas no han concurrido a curso alguno durante el embarazo y que solo 14 de ellas se han realizado estudios complementarios.

Tabla N°8

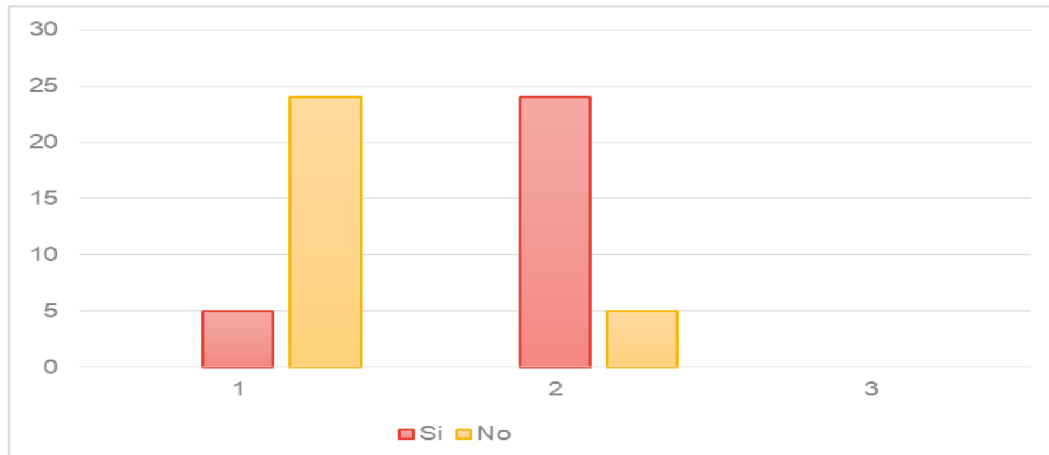
Título: Accesibilidad

Accesibilidad	Si	No
viven cerca del CAPS	5	24
utilizan medios de transporte	24	5

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°8

Título: Accesibilidad



Comentario:-Con respecto a la accesibilidad o cercanía al Centro de Salud al que asisten las embarazadas encuestadas podemos verificar que la mayoría (24) viven alejadas del lugar por lo que tienen que utilizar un medio de transporte para llegar y realizarse el control.

Conclusión

El embarazo en la adolescencia, constituye un problema vigente y en ascenso, con serias afectaciones sobre la salud y calidad de vida de este grupo poblacional.

El resultado de la investigación realizada nos muestra que los principales determinantes sociales que influyen en la falta de adherencia al Control Prenatal son la edad, la educación y la accesibilidad; ya que la mayoría de las embarazadas encuestadas son adolescentes de 19 años de edad, si bien todas se encuentran en una unión estables con sus parejas, el 99% de ellas ha abandonados sus estudios.

La lejanía de sus domicilios hasta el centro de salud genera una de las barreras que condiciona la concurrencia al Control Prenatal. La situación socio-económica de la gestante determina dificultades para acceder al CIC por medios de transportes.

El impacto del embarazo en la adolescencia es físico y psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación con la pareja, carencia de madurez para atender y educar adecuadamente al hijo, imposibilidad de proporcionarle un hogar seguro, estable, emocional y económicamente. Para su atención se necesita un abordaje integral por un equipo

interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y, en específico, de la maternidad-paternidad responsable.

Recomendación

Al observar los resultados alcanzados es necesario planificar intervenciones desde el centro de salud para reforzar la información, divulgando la importancia de la realización de los controles prenatales. Una meta importante a incluir sería contribuir a intensificar la aplicación de políticas sanitarias dirigidas a implementar la educación sexual integral(ESI). La realización de talleres o charlas a esta población en riesgo garantizará la contención, educación y orientación para reducir las tasas de embarazos precoces o en su defecto a un mejorar el pronóstico en la salud materno infantil. Logrando así una repercusión positiva para la embarazada adolescente en su desarrollo e inserción social.

Otra línea de acción sería intensificar la presencia de la universidad a través de los voluntariados o de los estudiantes que cursen asignaturas relacionadas a la salud materno infantil, con la intención de fortalecer el rol del estudiante en el territorio.

BIBLIOGRAFÍA

García Balaguera, C. "Barreras de acceso y calidad en el control prenatal". 2016. Rev. Fac. Med. 2017 Vol. 65 No. 2: 305-10. Recuperado en: Barreras de acceso y calidad en el control prenatal.

MSAL. Programa Nacional de la salud integral en la adolescencia. 2019. Recuperado en: <http://www.argentina.gob.ar/salud/dinamia/ginecologia-obtetricia>.

OMS. "Embarazo en adolescentes :un problema culturalmente complejo". 2009. Recuperado en: <http://www.who.int/bulletin/volumentes/87/6/es/>

OMS. Embarazo en la adolescencia. 2020 Recuperado en : Adolescent Pregnancy.

Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperio. 2013. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cntg02.control-prenatal.pdf>.

Vazques y Otros. (2006). Embarazo adolescentes. ***Rev. Soc. Argent. Ginecol. Infanto Juvenil*** .

Verde E., Varela L., Episcopo C., García R., Briozzo L., Impallome L., Alonzo J. "Embarazos sin control. Análisis epidemiológico. Rev. Med. Urug. vol. 28. NO. 2. 2012. Recuperado en . Embarazo sin control. Análisis epidemiológico.

ANEXOS

Anexo 1: Encuesta modelo

Edad:

Nivel de escolaridad:

Completo Incompleto En curso

Primaria Secundario Terciario

Soltera

Casada

Separada

Estado Civil:

Unión Estable

--

--

Hijos: Cuántos: Estilo de Vida

¿Fuma usted?

Consumo bebidas

alcohólicas ¿Tiene el

sueño tranquilo?

¿Toma algún

medicamento?

Consumo droga?

Violencia Familiar

Otros

--

¿Trabaja?

Desocupado?

SI NO

¿Cuántos por día?

Cuales y cuanto por día?

¿Cuántas horas duerme?

Cual?

¿Vive con la familia?

Otros

Edad Gestacional:

¿Cuál?

SI NO SI NO SI NO

Comienzo del Control:

Ejemplo: AUH u Otros planes del Estado.

Cantidad de controles realizados:

Realizó estudios complementarios:

Situación Económica

Participa en actividad educativa:

Preparación de Parto
Consejería para lactancia
Planificación Familiar

Barreras Personales

SÍ NO

Controles Medicos

SÍ NO

Apoyo Familiar:

Problemas de accesibilidad:

SÍ NO

De transporte:

De cercanía del CIC: Económica:

Otros:

SI NO SI NO SI NO SI NO

Anexo 2: Matriz de datos

Variables	Concepción										Situación económica					Crecimiento						Problemas de accesibilidad							
	V1, Edad	V2, escolaridad	V3, estado civil	V4, Embarazos	V5, hijos	V6, Tabaco	V7, Alcohol	V8, Sin Tranquila	V9, Medicamento prescriptos	V10, Consumo de drogas	V11, Violencia familiar	V12, Trabajo	V13, Desocupado	V14, Aveson Flores	V15, Abnegación	V16, Edad generacional	V17, años de inicio del control	V18, cambio de control realizados	V19, Satisfacción complementaria	V20, Actividad educativa prenatal	V21, preparación de seguridad	V22, consejo para la	V23, planificación familiar	V24, Apoyo familiar	V25, De transporte	V26, De accesibilidad al OC	V27, económicos	V28, V29, V30	
U01	15	4	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	21	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
U02	15	4	4	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	22	15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
U03	15	4	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	23	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
U04	15	4	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	21	21	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	
U05	15	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	22	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	
U06	15	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
U07	16	4	4	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	21	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
U08	16	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
U09	16	4	4	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	21	21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
U10	16	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
U11	16	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	26	16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
U12	17	4	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	21	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
U13	17	4	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	22	16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
U14	17	4	4	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	21	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
U15	17	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
U16	18	4	4	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	22	15	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	
U17	18	4	4	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	21	11	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	
U18	18	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	26	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
U19	18	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
U20	18	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
U21	18	4	4	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	21	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
U22	18	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
U23	19	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
U24	19	4	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	
U25	19	4	4	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	21	15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	
U26	19	4	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	22	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	
U27	19	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
U28	19	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
U29	19	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
U30	19	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21	15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
U31																													
Totales																													
		Primario Completo 1	segunda 1			S Func 1	Cromet	Dome Rec 1	Cromet	Cromet	S 1	S 1	Desocupado 1	Avellana 1	si 1								S 1	S 1	S 1	S 1	S 1	S 1	
		Primario Completo 2	casada 2			No Func 1	No 1	Nave de 1	No consumo 1	No consumo 1	No 1	No 2	subocupado 1	Parque 1	No 1								No 1	No 1	No 1	No 1	No 1	No 2	
		Secundario Completo	segunda 3					No de 1 2						Olivo 1															
		Secundario Incompleto	una estudiada											S 1															
		Tercero Completo 5																											
		Tercero Incompleto																											

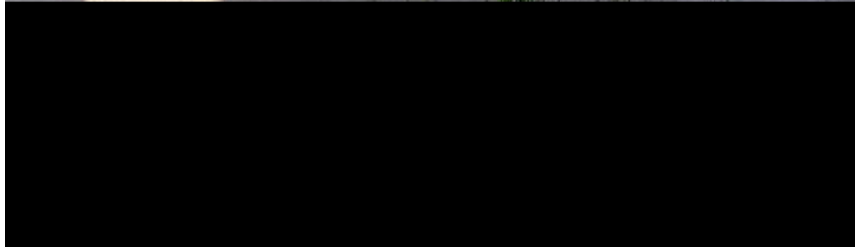
Disponible en:
<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1kVFvEwNFeLsFZf35xEIm3m2kRxLoNy-LBaTHQcJpws/edit?usp=sharing>

Anexo 3: Carnet Control Prenatal

CLAP - OPS/OMS HISTORIA CLINICA PERINATAL										EDAD	ALFA BETA	ESTUDIOS	ESTADO CIVIL	LUGAR DE CONTROL PRENATAL	
NOMBRE										afios	si	ningun	afos	casado	LUGAR DE CONTROL PRENATAL
DOMICILIO										menor de 15	no	prim	soltero	LUGAR DE PARTO	
LOCALIDAD										mayor de 15	no	sec	otro	EXTER COMUNITA	
TELEFONO										menor de 15	no	afos	otro	NUMERO	
ANTECEDENTES										PERSONALES		OBSTETRICOS			
FAMILIARES										TBC		partos			
diabetes										diabetes		abortos			
TBC pulmonar										hipertension		vaginales			
hipertension										otras		nacidos vivos			
gemelares										otras		nacidos muertos			
otras										otras		después			
EMBARAZO ACTUAL										PESO ANTERIOR		TALLA (cm)		FECHA DE CONSULTA	
PESO ANTERIOR										TALLA (cm)		FECHA DE CONSULTA		HOSPITALIZACION EN EMBARAZO	
EX. CLINICO										EX. ODONT.		EX. GINEC.		LUGAR DE TRASLADO	
normal										normal		normal		LUGAR DE TRASLADO	
EX. MAMAS										EX. ODONT.		EX. GINEC.		LUGAR DE TRASLADO	
normal										normal		normal		LUGAR DE TRASLADO	
EX. ODONT.										EX. GINEC.		EX. GINEC.		LUGAR DE TRASLADO	
normal										normal		normal		LUGAR DE TRASLADO	
PELVIS										COLOSCOPIA		CERVIX		Hb	
normal										normal		normal		Hb	
CERVIX										CERVIX		CERVIX		Hb	
normal										normal		normal		Hb	
FECHA DE LA CONSULTA										FECHA DE LA CONSULTA		FECHA DE LA CONSULTA		FECHA DE LA CONSULTA	
semanas de amenorreas										semanas de amenorreas		semanas de amenorreas		semanas de amenorreas	
peso (Kg.)										peso (Kg.)		peso (Kg.)		peso (Kg.)	
tension arterial										tension arterial		tension arterial		tension arterial	
max./min (mm Hg.)										max./min (mm Hg.)		max./min (mm Hg.)		max./min (mm Hg.)	
Al. (difer. pubis fondo)										Al. (difer. pubis fondo)		Al. (difer. pubis fondo)		Al. (difer. pubis fondo)	
Cef. Fem./Te										Cef. Fem./Te		Cef. Fem./Te		Cef. Fem./Te	
F.C.F. (lat./min)										F.C.F. (lat./min)		F.C.F. (lat./min)		F.C.F. (lat./min)	
mov. fetal										mov. fetal		mov. fetal		mov. fetal	
PARTO ABORTO										CANTIDAD DE CONSULTAS PRENATALES		EDAD GEST.		PRES.	
Responsable del ingreso										en el hosp.		menor de 37		menor de 37	
con carné										si		mayor de 41		tran.	
TRABAJO DE PARTO										CANTIDAD DE CONSULTAS PRENATALES		EDAD GEST.		PRES.	
hosa										en el hosp.		menor de 37		menor de 37	
tension arterial										si		mayor de 41		tran.	
max./min (mm Hg.)										no		menor de 37		menor de 37	
contracciones										no		mayor de 41		mayor de 41	
frec./10min dur. seg.										si		menor de 37		menor de 37	
altas										no		mayor de 41		mayor de 41	
ver. pelv.										si		menor de 37		menor de 37	
F.C.F.										no		mayor de 41		mayor de 41	
(lat./min)										si		menor de 37		menor de 37	
diat. cerv. meconio										no		mayor de 41		mayor de 41	
TERMINACION										CANTIDAD DE CONSULTAS PRENATALES		EDAD GEST.		PRES.	
espart.										en el hosp.		menor de 37		menor de 37	
forpaps										no		mayor de 41		mayor de 41	
cesárea										si		menor de 37		menor de 37	
otra										no		mayor de 41		mayor de 41	
INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION										si		menor de 37		menor de 37	
NIVEL DE ATENCION										no		mayor de 41		mayor de 41	
3º										si		menor de 37		menor de 37	
2º										no		mayor de 41		mayor de 41	
1º										si		menor de 37		menor de 37	
otro										no		mayor de 41		mayor de 41	
Nº H.C. RN										si		menor de 37		menor de 37	
nombre RN										no		mayor de 41		mayor de 41	
MUELTE										CANTIDAD DE CONSULTAS PRENATALES		EDAD GEST.		PRES.	
no emb.										en el hosp.		menor de 37		menor de 37	
si										no		mayor de 41		mayor de 41	
si ignora										si		menor de 37		menor de 37	
parto momento										no		mayor de 41		mayor de 41	
RECIEN NACIDO										si		menor de 37		menor de 37	
En aborto y MIF sólo sexo y peso										no		mayor de 41		mayor de 41	
SEXO										si		menor de 37		menor de 37	
PESO AL NACER										no		mayor de 41		mayor de 41	
menor de 2500 g										si		menor de 37		menor de 37	
PER. CEFALICO										no		mayor de 41		mayor de 41	
menor de 37										si		menor de 37		menor de 37	
EXAMEN FISICO										no		mayor de 41		mayor de 41	
normal										si		menor de 37		menor de 37	
anormal										no		mayor de 41		mayor de 41	
Egreso RN										si		menor de 37		menor de 37	
sano										no		mayor de 41		mayor de 41	
traslado										si		menor de 37		menor de 37	
con patol.										no		mayor de 41		mayor de 41	
fallece										si		menor de 37		menor de 37	
Egreso Materno										no		mayor de 41		mayor de 41	
sano										si		menor de 37		menor de 37	
traslado										no		mayor de 41		mayor de 41	
con patol.										si		menor de 37		menor de 37	
fallece										no		mayor de 41		mayor de 41	
Anticoncepcion										si		menor de 37		menor de 37	
condom										no		mayor de 41		mayor de 41	
ninguna										si		menor de 37		menor de 37	
Dil.										no		mayor de 41		mayor de 41	
pildora										si		menor de 37		menor de 37	
Referida										no		mayor de 41		mayor de 41	
Responsable										si		menor de 37		menor de 37	
Responsable										no		mayor de 41		mayor de 41	

Fuente: elaboración propia

Anexo 4: Imagen 1, CIC Agustin Ramirez



Fuente: elaboración propia

Anexo 5 : Imagen 2 CIC Agustin Ramirez



Fuente: elaboración propia

Anexo 6: Imagen 3, CIC Agustin Ramirez



Fuente: Elaboración propia

