



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA CON

ORIENTACIÓN EN PRÁCTICAS PREVENTIVAS

Denominación de de Tesis

“Perfil epidemiológico y control de embarazadas en Hospital Eva Perón –Barranqueras Chaco durante los años 2016- 2017”

Área de Investigación: Epidemiología: Perfil epidemiológico de la salud de la embarazada

Maestrando: Od. María del Pilar FORSCHNER

Director de Tesis: Dr. Gabriel E. ACEVEDO

Codirectora de Tesis: Dra. Silvia M. MAZZA

AÑO 2019

DEDICATORIA

A mi madre, por su apoyo incondicional y por haberme enseñado con el ejemplo que con esfuerzo y perseverancia se cumplen los sueños.

A mi ahijado, José Luis por llenar de luz nuestras vidas.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, que guía mis pasos.

Al Director de Tesis, Dr Gabriel E. Acevedo, por su buena predisposición y apoyo académico.

A la Codirectora de Tesis, Dra. Silvia Mazza por su calidez y constante colaboración.

A familiares y amigos, en especial a Gertrudis y Celia por tener siempre palabras de aliento.

A los Servicios de Estadística y Obstetricia del Hospital Eva Perón por facilitar la información para la realización de la presente tesis.

A Tatiana, Rosana, Marcela y Marisol por la ayuda en el proceso de recolección de información. Como así también a Mercedes por la traducción.

ÍNDICE

DENOMINACIÓN DE TESIS.....	1
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVOS.....	5
MATERIALES Y MÉTODOS.....	9
RESULTADOS.....	15
DISCUSIÓN	40
CONCLUSIÓN.....	51
BIBLIOGRAFÍA.....	53

DENOMINACIÓN DE TESIS

Perfil epidemiológico y control de embarazadas en Hospital Eva Perón de Barranqueras -Chaco durante los años 2016-2017

RESUMEN

El presente estudio, con diseño descriptivo observacional, se llevó a cabo con el fin de caracterizar el perfil epidemiológico y control de embarazadas en el Hospital Eva Perón de Barranqueras - Chaco. La muestra estuvo representada por 167 embarazadas que demandaron atención en dicho establecimiento durante los años 2016-2017. El análisis se realizó mediante la confección de tablas de frecuencias, con sus respectivas representaciones gráficas y tablas de contingencia para relacionar variables.

El 66% de las embarazadas tenía entre 20-34 años y el 23% fueron adolescentes. Los niveles de instrucción predominantes fueron primario y secundario completos. El 79% estaba casada o en unión estable y el 87% sin seguro de salud.

Se relevó que casi un 5% padecía diabetes, un 11% hipertensión arterial, un 25 % anemia, encontrándose esta última con mayor frecuencia en adolescentes, 39% presentaba sobrepeso y obesidad y 4 % con antecedentes de preeclampsia.

Concerniente a los antecedentes obstétricos, el 17 % refirió antecedentes de abortos previos, 57% de embarazos no planificados y 71 % con gestas previas.

El 50% de los controles prenatales fue precoz y en un 75% de los casos, periódico.

Se obtuvieron porcentajes superiores en examen clínico, serología y laboratorio completos, inmunizaciones, estudio ecográfico completo y actividades de educación para la salud. Mientras que solo el 41 % en detección de estreptococo B-hemolítico y 24 % con examen odontológico.

Este trabajo permitió establecer el perfil epidemiológico de embarazadas atendidas en esta institución y características del control prenatal, generando una base de información que podría contribuir a la optimización de estrategias de atención a este grupo.

ABSTRACT:

The present study, with an observational descriptive design, was carried out in order to characterize the epidemiological profile and control of pregnant women in Eva Perón Hospital in Barranqueras, Chaco. The sampling was integrated by 167 pregnant women who demanded attention in that establishment during the years 2016-2017. The analysis was carried out through the creation of frequency tables, with their respective graphical representations and contingency tables, to relate variables.

The 66% were between 20 and 34 years old, and 23% were adolescents. The predominant instructional levels were complete primary and secondary. The 79% were married or in a stable union, and 87% without health insurance.

Almost 5% presented diabetes, 11% arterial hypertension, 25% anemia, being found more frequently in adolescents, 39% had overweight and obesity and 4% with a history of preeclampsia.

With respect to the obstetric history, 17% reported a history of previous abortions, 57% of unplanned pregnancies and 71% of previous pregnancies.

The 50% of prenatal controls were early and 75% were periodic.

Higher percentages were obtained in complete clinical examination, serology and laboratory, immunizations, complete sonographic studies and health education activities, while only 41% in B-hemolytic streptococcal detection and 24% dental examination.

This work led to establish the epidemiological profile of pregnant women treated in this institution, and characteristics of pre-natal control; generating a base of information that could contribute to the optimization of strategies of attention to such group.

INTRODUCCIÓN

Planteo del Problema

La ausencia del adecuado conocimiento de las características de la población determina una dificultad para la eficiente toma de decisiones en la gestión de servicios de salud, la adecuación de programas y la valoración de acceso a los servicios.

El abordaje del perfil epidemiológico plantea el desafío de poder relacionar cómo los diferentes factores participan, condicionan y /o determinan el estado de salud de la población. De esta forma contribuye para la toma de decisiones acordes a las necesidades sanitarias de la misma.¹

La República Argentina se comprometió al cumplimiento de Objetivos de Desarrollo del Milenio, que incluían reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna y en dos tercios la mortalidad infantil, entre 1990 y 2015.²

Sin embargo, a pesar de que en los últimos años nuestro país logró mantener la Tasa de Mortalidad Materna por debajo de cuatro muertes maternas por cada diez mil nacidos vivos, no se alcanzó la Meta del Milenio de reducir en tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna respecto a los valores de 1990. Es decir, de alcanzar un valor de 1,3 por diez mil nacidos vivos.²

La tasa registrada en 2015 en Chaco fue de 7,3 muertes maternas por cada diez mil nacidos vivos, siendo la tercera más alta del país.³

Si bien se logró un descenso en cuanto a mortalidad infantil (9,7 ‰), tampoco se pudo alcanzar la meta esperada.

En lo que a indicadores de salud se refiere, Chaco redujo la tasa de mortalidad infantil del 35,8‰ al 11,6‰, entre los años 1990 y 2015. La tasa registrada en 2015, fue la quinta más alta del país.³

En 2016 se renovó el compromiso con salud infantil, adhiriendo a Objetivos de Desarrollo Sostenible, que incluye metas relacionadas a salud materno-infantil para 2030 (Objetivo 3: salud y bienestar). Por ello es relevante evaluar y optimizar la atención a embarazadas.⁴

Características de Hospital Eva Perón

Barranqueras tiene una población aproximada de 55.000 habitantes, posee una superficie aproximada de 30 km² y forma parte del Gran Resistencia. Está ubicada sobre la ribera derecha del Río Paraná, sobre el Riacho Barranqueras y unida por el Puente Interprovincial Gral. Manuel Belgrano a la ciudad de Corrientes.

El Hospital Eva Perón, ubicado en Barrio UCAL (Av. 9 de Julio 4900-esquina Nicolás Rojas Acosta) fue inaugurado en octubre de 2013. Se encuentra a 8 cuadras del límite con Resistencia. En cuanto a Medios de Transporte Público: se puede llegar desde Resistencia con línea 106-A (Interurbano) y desde barrios de Barranqueras con línea 122 (urbano).

Este Hospital de complejidad IV cuenta con servicios de Enfermería, Clínica Médica, Pediatría, Odontología, Kinesiología, Obstetricia, Ginecología, Diagnóstico por Imágenes (Radiología y Ecografías), Cardiología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Salud Mental, Nutrición, Servicio Social y Farmacia. Guardia médica las 24 horas del día, Internación de adultos y pediátrica. También personal Administrativo que cumple funciones en Admisión-Administración y Farmacia, además de personal de maestranza. La situación de revista del personal es de Planta Permanente y precarizados (principalmente no profesionales).

Para consultas de control prenatal de bajo riesgo, se dan los turnos a las 6 y 14 hs para el servicio de Obstetricia. Las demás consultas son anotadas a las 8.30 y 16 hs.

Los embarazos de alto riesgo son atendidos por ginecólogos de este establecimiento y en caso de resultar pertinente se deriva a Hospital Julio C. Perrando.

Los controles ecográficos, exámenes de laboratorio y serológicos se realizan en el establecimiento con turnos programados.

Quedaron suspendidas las obras de ampliación para nuevos consultorios, Maternidad Segura y quirófano. Por lo que en términos generales, los partos se derivan a Hospital Perrando, establecimiento de salud cabecera de la provincia.

Se plantea, entonces la pregunta guía de la investigación:

¿Cuáles son las características del perfil epidemiológico y del control de embarazadas en Hospital Eva Perón de Barranqueras -Chaco durante años 2016-2017?

Objetivos del trabajo.

General:

- Caracterizar el perfil epidemiológico y control de embarazadas en el Hospital Eva Perón –Barranqueras Chaco durante los años 2016-2017.

Específicos:

- Caracterizar socio-demográficamente a las embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón –Barranqueras Chaco durante los años 2016-2017.
- Determinar problemas de salud prevalentes.
- Establecer características de control de embarazo que se realiza en la institución.

Antecedentes

Se entiende por *control prenatal* a la serie de entrevistas y visitas programadas de la embarazada con los integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.⁵

Debe ser de amplia cobertura, ofrecida a la mayor población posible y garantizándole su fácil accesibilidad.⁶

Tiene que cumplir con requisitos básicos:

Precoz: La primera visita debe efectuarse antes de la semana 12. De esta forma se torna factible la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud como así también la identificación temprana de embarazos de alto riesgo para planificar eficazmente la atención obstétrica que debe recibir.⁵

La captación temprana de la mujer embarazada es una acción primordial para evitar muertes y lesiones maternas y perinatales.

Se define precoz al control que se realiza en la semana 12 o antes de amenorrea; entre la semana 12 y 20, se considera aceptable, y luego de la semana 20, la consulta es tardía.⁷

Periódico: Se requieren 5 controles para la población de bajo riesgo.⁵

1. Antes de las 12 semanas.
2. Entre las semanas 22 y 24.

3. Entre las semanas 27 y 29.
4. Entre las semanas 33 y 35.
5. Entre las semanas 38 y 40.

Completo: Deben garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. 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 confluir la mayor cantidad de actividades con la finalidad de reducir el número de controles al mínimo útil, siempre que las características del embarazo continúen siendo de bajo riesgo.⁵

En términos generales debe incluir:

1. **Examen clínico completo:** Incluye Cálculo de la Edad Gestacional, Historia Médica y Evaluación de Riesgo, Examen Clínico completo, Peso corporal, Talla, Medida de la tensión arterial, Suplementación con hierro y ácido fólico, Examen Ginecológico, Papanicolaou y colposcopia, Detección de ETS y Vaginosis Bacteriana; Examen de Mamas. ⁵

2. **Serología:** En primera y cuarta visita ⁵
 - Hepatitis B.
 - HIV.
 - Sífilis.
 - Chagas.
 - Toxoplasmosis.
 - Se considerará *Serología Completa* cuando se haya realizado los estudios antes mencionados en los tiempos mencionados.

3. **Laboratorio:**⁵
 - Glucemia.
 - Hemoglobina.
 - Orina y Urocultivo.
 - Grupo y Factor Rh

- Se considerará *Laboratorio Completo* cuando se haya realizado los estudios antes mencionados.
4. **Detección de Estreptococo B- hemolítico:** Por Ley 26.369 (2008) se incorpora con carácter obligatorio de control y prevención, la realización del examen de detección del estreptococo Grupo B Agalactiae, a todas las embarazadas con edad gestacional entre las semanas 35 y 37, presenten o no condiciones de riesgo.⁸ Resulta importante su detección dada su patogenicidad, fundamentalmente relacionado a infecciones del tracto urinario, sepsis neonatal y puérpera.⁹

 5. **Esquema de vacunas completo:** Incluye tres dosis de Toxoide Tetánico (TT) o DT (doble adulto –difteria-tétano), dTpa (Triple bacteriana acelular) y antigripal.⁵

 6. **Estudio ecográfico:** Se recomienda realizar tres ecografías en el embarazo de bajo riesgo, es decir, una por trimestre de la gestación. La primera entre la semana 11 y 14, la segunda entre la semana 20 y 22, y la tercera en la semana 30.⁵
La incorporación del ultrasonido en el cuidado prenatal permite los siguientes diagnósticos:
 - Confirmación de la fecha de parto cuando se la realiza antes de las 20 semanas.
 - Evaluación de la fecha de parto cuando la amenorrea no es confiable.
 - Malformaciones fetales.
 - Placenta previa.
 - Embarazo múltiple.
 - Alteración de la cantidad del líquido amniótico.
 - Sospecha de algunas enfermedades cromosómicas.
 - Muerte fetal.
 - Embarazo ectópico.

Se considerará estudio ecográfico completo cuando se cuenta con 3 ecografías como mínimo (una por trimestre).

7. **Examen Odontológico:** El embarazo es un período especial que demanda tomar cuidados extras para la salud bucal. La mujer embarazada requiere que se refuercen las pautas preventivas, alentando la correcta higiene bucal y nutrición ya que los factores hormonales, microbianos e inmunológicos influyen sobre los tejidos gingivales siendo factores de riesgo capaces de desencadenar procesos infecciosos de importancia.

En el embarazo, los procesos de caries pueden prevenirse, detenerse y curarse; al igual que los procesos gíngivo-periodontales.¹⁰

8. **Actividades de educación para la salud:** Incluye promoción para lactancia materna, asesoramiento nutricional, preparación integral para maternidad, recomendaciones para la detección de signos de alarma, consejería sobre Métodos Anticonceptivos, actividades para reducir el tabaquismo.⁵

Incluye actividades tales como consejería en consultorio y Preparación Integral para la Maternidad con equipo interdisciplinario (PIM)

MATERIALES Y MÉTODOS

Metodología

Tipo de diseño: Observacional-Descriptivo.

Población: Pacientes embarazadas.

Muestra: Pacientes embarazadas que demandaron atención en el Hospital Eva Perón-Barranqueras-Chaco durante los años 2016- 2017. La muestra coincidió con el universo.

- **Criterios de inclusión:** Pacientes que asistieron a consulta de control de embarazo en Hospital Eva Perón-Barranqueras-Chaco y que contaban con historias clínicas completas en dicho establecimiento sanitario.

Se trabajó sobre una muestra de 167 pacientes.

Se elaboró planilla de cálculo en Excel 2007 para recolección de datos.

Los datos fueron extraídos de historias clínicas de pacientes que cumplieron con criterios de inclusión.

La caracterización de la muestra se realizó a través de tablas de frecuencia absoluta y relativa de cada variable analizada.

El procesamiento / tabulación de resultados fueron presentados en tablas y gráficos.

Se realizaron Tablas de contingencia que permitieron analizar relación entre variables y el estadístico utilizado fue Chi Cuadrado de Pearson.

Para el análisis y procesamiento de los datos se utilizó Microsoft Office 2007 Excel e InfoStat 2018.

Operacionalización de Variables

Características sociodemográficas

- **Edad:**

1. Menor de 20 años.
2. De 20 a 34 años.
3. De 35 o más años.

- **Nivel de Instrucción:**

1. Primario Incompleto.
2. Primario Completo.
3. Secundario Completo.
4. Terciario /Universitario completo.

- **Seguro de Salud :**

0. Ninguno.
1. Obra Social.
2. Prepaga.

- **Estado Civil:**

1. Casada.
2. Unión estable.
3. Soltera.

Problemas de salud prevalentes:

- **Enfermedades no transmisibles:**

- **Diabetes:**

- 0: ausente.
- 1: Presente.

Si estuvo presente se consideró el tipo:

- Pregestacional.
 - Tipo I.
 - Tipo II.
- Gestacional.

En cada caso se consignó:

0: ausente.

1: Presente.

○ **Hipertensión:**

0. Ausente.

1. Presente.

○ **Anemia:**

0. Ausente.

1. Presente.

○ **Estado Nutricional¹¹:**

1. Bajo Peso (IMC <18,5).
2. Normo peso (IMC de 18,5 – 24,9).
3. Sobrepeso (IMC 25 -29,9).
4. Obesidad (IMC >30).

○ **Otra condición médica grave**

0. Ninguna.

1. Eclampsia.

2. Preeclampsia.

3. Cardiopatía.

4. Nefropatía.

- **Consumo de sustancias psicoactivas:**

- 1. **Tabaco:**

- 0. 0 cigarrillo.
 - 1. 1 a 9 cigarrillos.
 - 2. 10 a 19 cigarrillos.
 - 3. 20 o más cigarrillos.

- 2. **Alcohol:**

- Frecuencia:

- 0. Nunca.
 - 1. Diariamente.
 - 2. Fines de semana.
 - 3. Ocasionalmente.

- Cantidad:

- 0. 0 copa.
 - 1. 1 copa.
 - 2. 2 a 3 copas.
 - 3. 4 o más copas.

- 3. **Droga:**

- 0. Ausente.
 - 1. Presente.

Se refiere al uso, en el momento de la consulta, de drogas que causan dependencia como: marihuana, cocaína, anfetamínicos, alucinógenos, heroína, entre otras.¹²

- **Antecedentes obstétricos:**

- **Abortos previos:**

- 0. Ninguno.
 - 1. De 1 a 2.
 - 2. 3 o más.

- **Embarazo Planeado:**

- 0. No.
 - 1. Sí.

- **Gestas previas:**
 - 0. Ninguna.
 - 1. De 1 a 3.
 - 2. Más de 4.

Características del control de embarazo

- **Precoz** (Primera consulta en semana 12 o antes)
 - 0. Ausente.
 - 1. Presente.

- **Periódico** (5 o más controles):
 - 0. Ausente.
 - 1. Presente.

- **Completo**
Incluye:

Examen clínico completo:

- 0. Ausente.
- 1. Presente.

Serología completa:

- 0. Ausente.
- 1. Presente.

Laboratorio Completo:

- 0. Ausente.
- 1. Presente.

Detección de Estreptococo B- hemolítico

- 0. Ausente.
- 1. Presente.

Esquema de vacunas completo:

0. Ausente.

1. Presente.

Estudio ecográfico completo: 3 (1 ecografía por trimestre)⁵

0. Ausente.

1. Presente.

Examen Odontológico:

0. Ausente.

1. Presente.

Actividades de educación para la salud:

○ **Consejería**

0. Ausente.

1. Presente.

○ **Preparación Integral para Maternidad** (con equipo interdisciplinario)

0. Ausente.

1. Presente.

○ **Ninguna**

0. Ausente.

1. Presente.

RESULTADOS

Características socio-demográficas

De las 167 embarazadas que concurren al control prenatal en el Hospital Eva Perón durante los años 2016-17, 39 de ellas (23%) tenían menos de 20 años de **edad**, 111 (66%) se encontraban entre 20 y 34 años. Mientras que el 11% tenía 35 años o más (17 embarazadas).

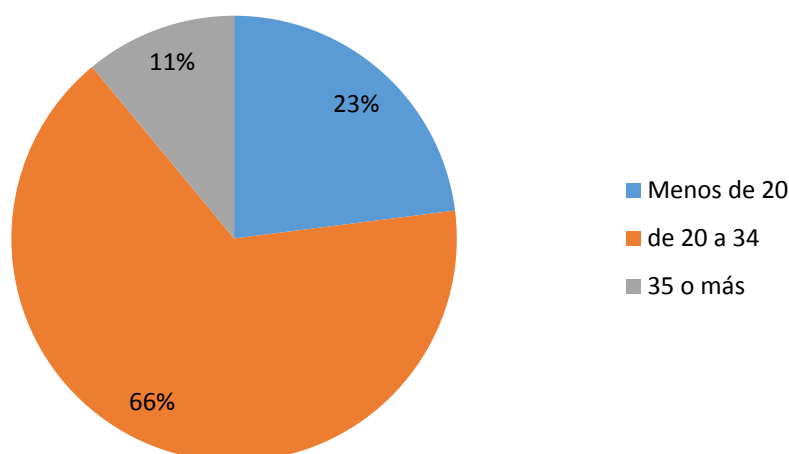


Gráfico 1. Edad de las embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón -Barranqueras-Chaco-2016-17

En cuanto al **nivel de instrucción**, 14 pacientes tenían estudios primarios incompletos; 79 contaban con estudios primarios completos; 71 con estudios secundarios completos y solo 3 con estudios terciarios/universitarios completos.

Un total de 90 % se alcanzó teniendo en cuenta los estudios primarios y secundarios completos. El menor porcentaje correspondió a pacientes con nivel terciario/universitario completo.

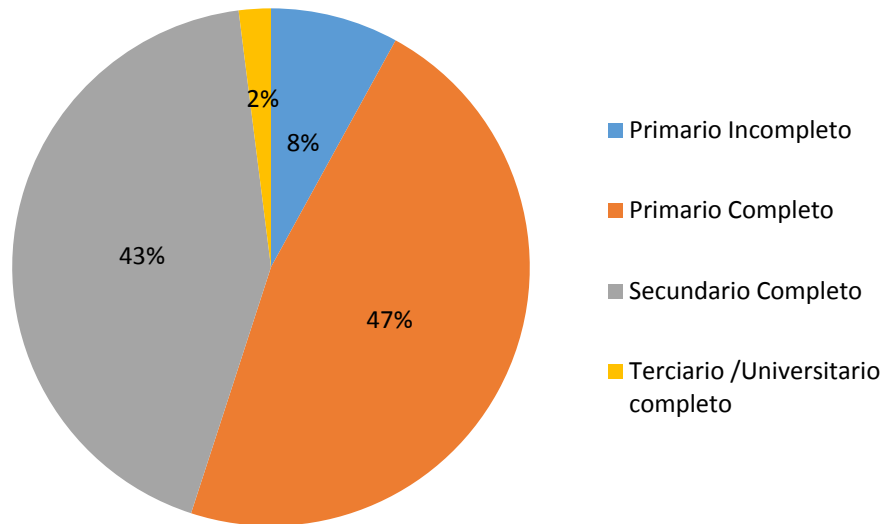


Gráfico 2. Nivel de instrucción de las embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón - Barranqueras- Chaco-2016-17

Un bajo número de embarazadas que realizaron sus controles en el Hospital de Barranqueras tenían **seguro de salud**: 18 pacientes poseían obra social y sólo 4 una prepaga. La mayoría, (145 embarazadas, 87% del total) no presentaban seguro de salud.

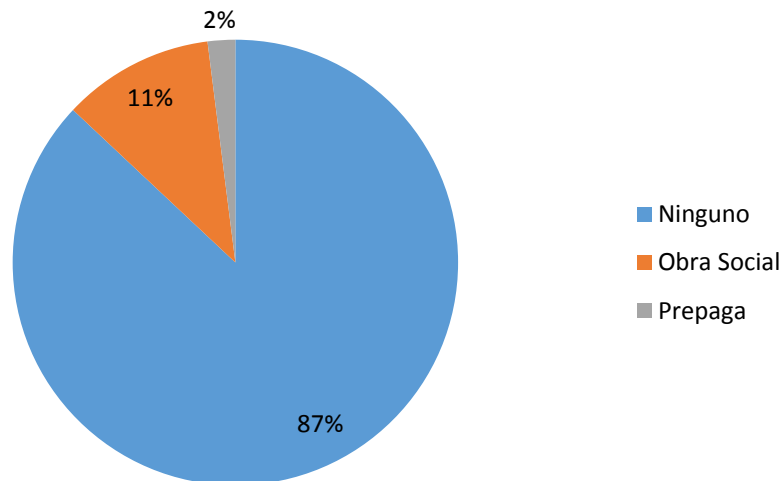


Gráfico 3. Seguro de salud de las embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón - Barranqueras- Chaco-2016-17

En lo referente al **estado civil**, 16 pacientes estaban casadas, 116 refirió unión estable y 35 eran solteras. Por lo que el 79 % estaba en pareja al momento de realizar sus controles prenatales. El 21% atravesaba esta etapa sin pareja.

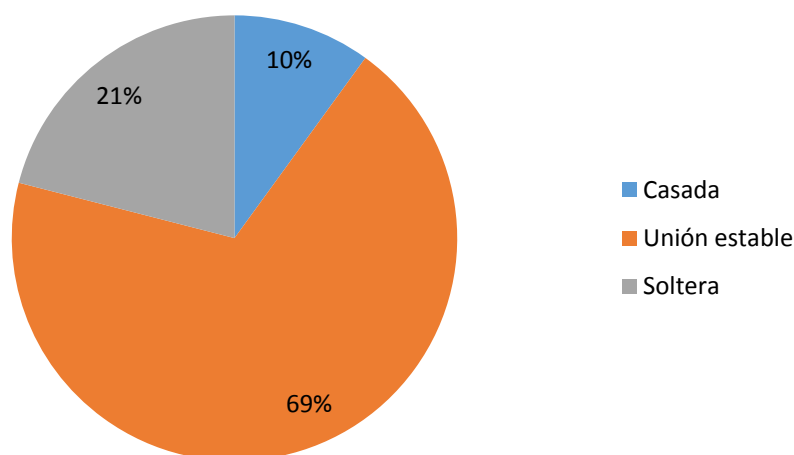


Gráfico 4. Estado Civil de las embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón - Barranqueras- Chaco-2016-17

Problemas de salud prevalentes

Enfermedades no transmisibles

Entre los problemas de salud presentes entre las embarazadas se encontró **diabetes**. Solo una paciente presentó diabetes pregestacional tipo I y otra paciente diabetes pregestacional tipo II. Seis embarazadas presentaron antecedentes de diabetes gestacional.

Aproximadamente el 5% de las embarazadas presentó antecedentes de diabetes.

Tabla 1. Diabetes en las embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón -Barranqueras- Chaco-2016-17

Diabetes	FA	FR
Pregestacional Tipo I	1	0.6 %
Pregestacional Tipo II	1	0.6%
Gestacional	6	3, 6%
Sin Diabetes	159	95,2%
Total	167	100%

Un total de 18 pacientes presentaron antecedentes de **hipertensión arterial**.

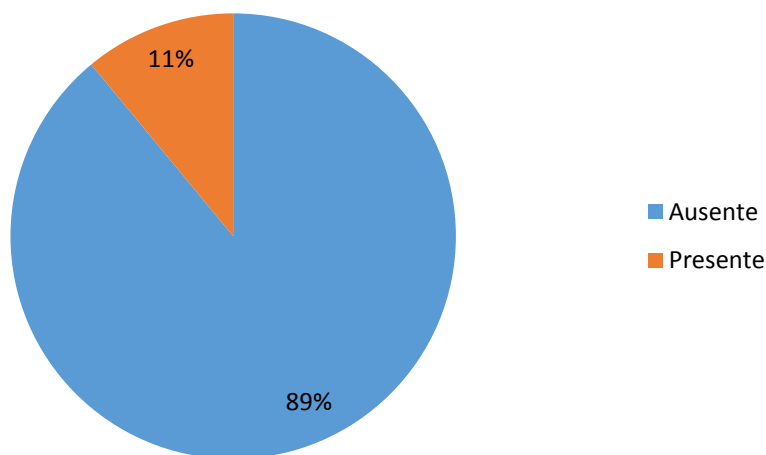


Gráfico 5. Antecedentes de hipertensión arterial en las embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón -Barranqueras- Chaco-2016-17

En cuanto a antecedentes de **anemia**, 41 embarazadas (un cuarto del total) presentaron valores compatibles con esa patología.

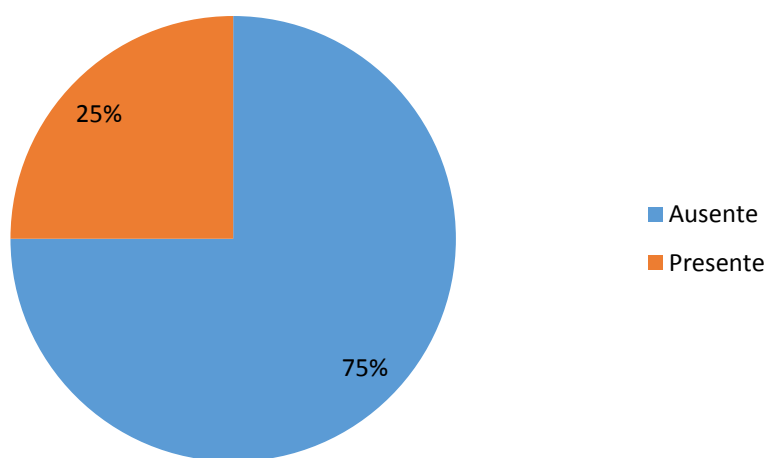


Gráfico 6. Antecedentes de anemia en las embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón -Barranqueras- Chaco-2016-17

Se observó que la mitad de la muestra (84 embarazadas) presentó un **peso** normal, con valores de IMC (Índice de masa corporal) entre 18,5 y 24,9.

Con bajo peso (IMC <18,5) hubo 19 pacientes.

También se reflejó una alta frecuencia de sobrepeso y obesidad: 49 pacientes con sobrepeso (IMC: 25-29,9) y 15, con obesidad (IMC>30).

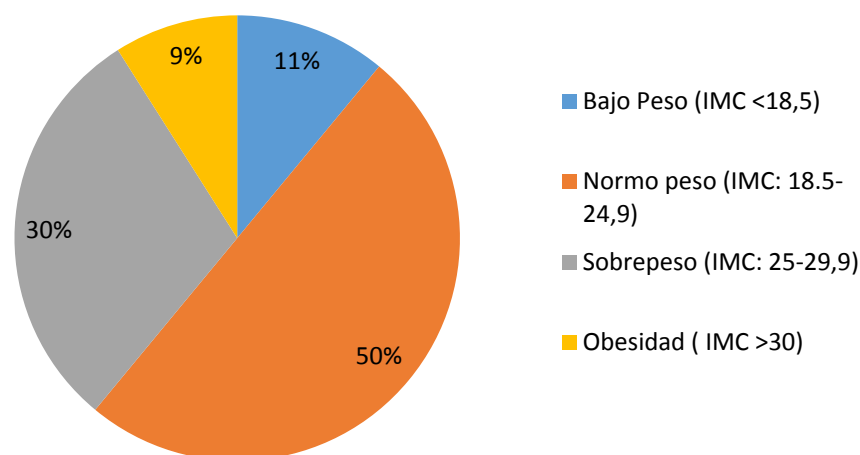


Gráfico 7. Estado nutricional de las embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón - Barranqueras- Chaco-2016-17

La única **condición médica grave** que se presentó en las gestantes de la presente muestra fue preeclampsia. Presentaron esta patología 6 pacientes, representando el 4% del total.

Tabla 2. Otra condición médica grave presentada por las embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón -Barranqueras- Chaco-2016-17

Otra condición médica grave	FA	FR
Ninguna	161	96%
Eclampsia	0	0 %
Preeclampsia	6	4%
Cardiopatía	0	0%
Nefropatía	0	0%
Total	167	100%

Consumo de sustancias psicoactivas

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, lo que se registró fue lo que refirió el paciente durante la confección de historia clínica. Por lo tanto podría estar sesgado.

Se registró que 148 embarazadas no consumieron **tabaco**. Mientras que 6 embarazadas declararon fumar de 1 a 9 cigarrillos diarios; 11 pacientes de 10 a 19 cigarrillos. Y solo 2 pacientes refirieron haber fumado 20 cigarrillos o más.

El 57% de las pacientes que fumaron tabaco, consumieron más de 10 cigarrillos diarios.

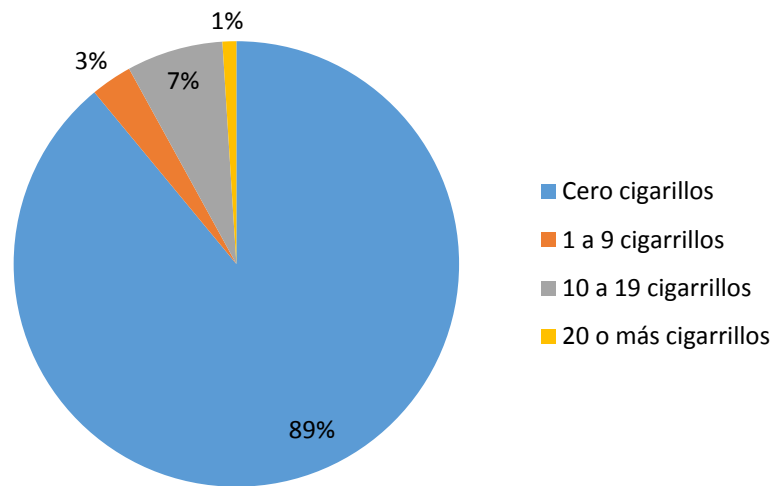


Gráfico 8. Consumo de tabaco en embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón - Barranqueras- Chaco-2016-17

La mayoría (164 pacientes) refirió que no consumió **alcohol** .Esto representó un 98%. De las que consumieron alcohol, ninguna lo hizo diariamente.

Dos pacientes consumieron alcohol los fines de semana. Y solo una presentó consumo de alcohol ocasional.

En cuanto a la cantidad de alcohol diario que consumieron: una sola consumió la cantidad de una copa de alcohol y una de dos a tres copas de alcohol. Ninguna refirió haber tomado cuatro o más copas.

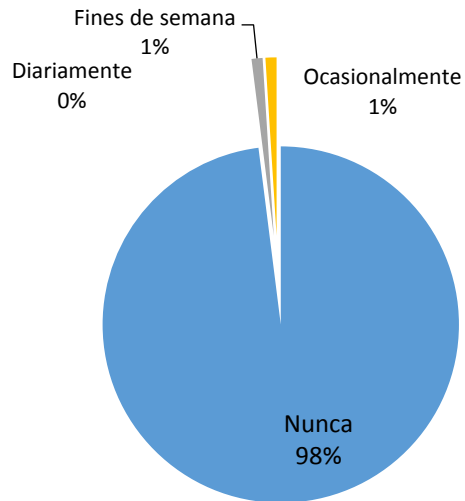


Gráfico 9. Consumo de alcohol en embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón -Barranqueras- Chaco-2016-17

Tabla 3. Cantidad de consumo de alcohol en embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón -Barranqueras- Chaco-2016-17

Consumo de alcohol (Cantidad)	FA	FR
Ninguna copa	164	98%
1 copa	1	1%
2 a 3 copas	2	1%
4 o más copas	0	0%
Total	167	100%

Solo 3 pacientes refirieron haber consumido **drogas**.

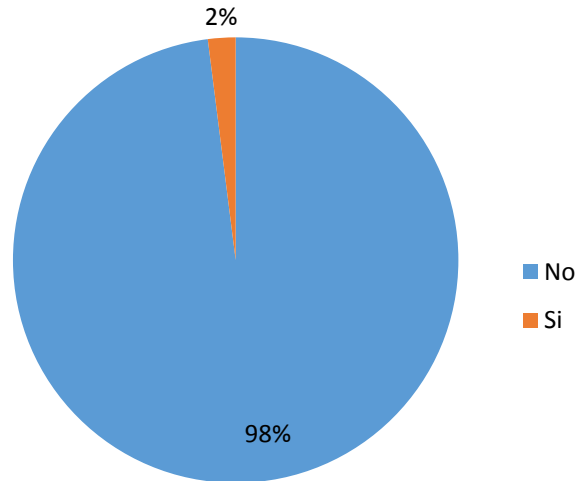


Gráfico 10. Consumo de drogas en embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón - Barranqueras- Chaco-2016-17

Antecedentes obstétricos

En relación con los **abortos** espontáneos o inducidos, 139 pacientes refirieron no haber tenido antecedentes, 27 embarazadas presentaron de 1 a 2 abortos, solo una paciente presentó 3 o más abortos previos.

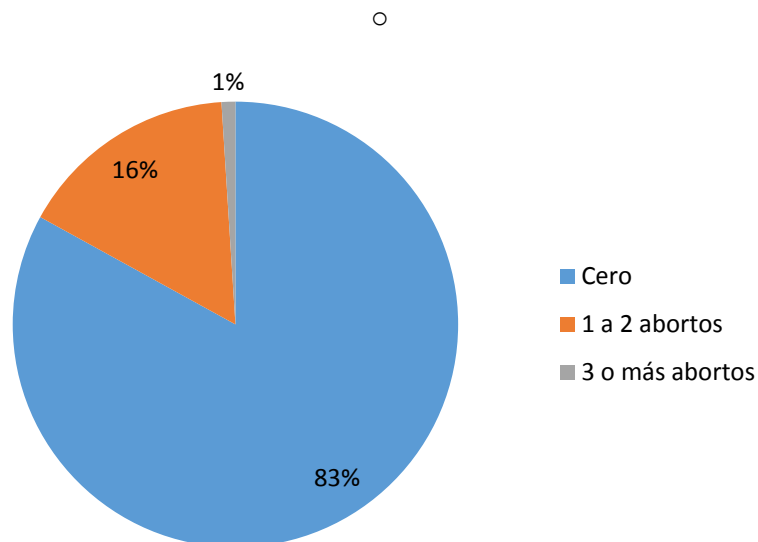


Gráfico 11. Abortos previos en embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón -Barranqueras- Chaco-2016-17

En relación con la **planificación de los embarazos**, se detectó que más de la mitad de los embarazos no fueron planificados (95 pacientes). Mientras que 72 pacientes refirieron haberlo planificado.

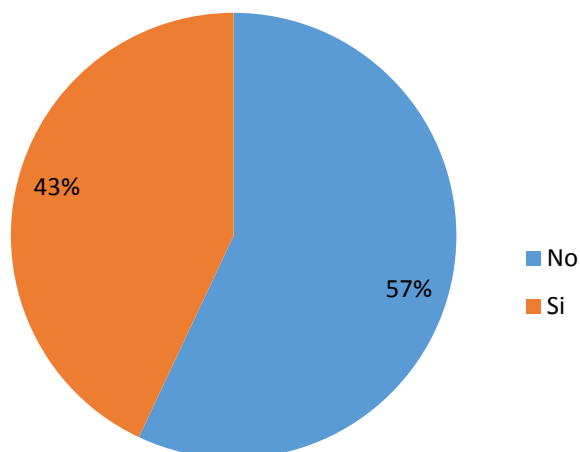


Gráfico 12. Embarazo planeado en embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón - Barranqueras- Chaco-2016-17

Se registró que 49 fueron primigestas, 102 pacientes tuvieron 1 a 3 **gestaciones previas** (más de la mitad) y 16 pacientes tuvieron más de 4 gestas previas.

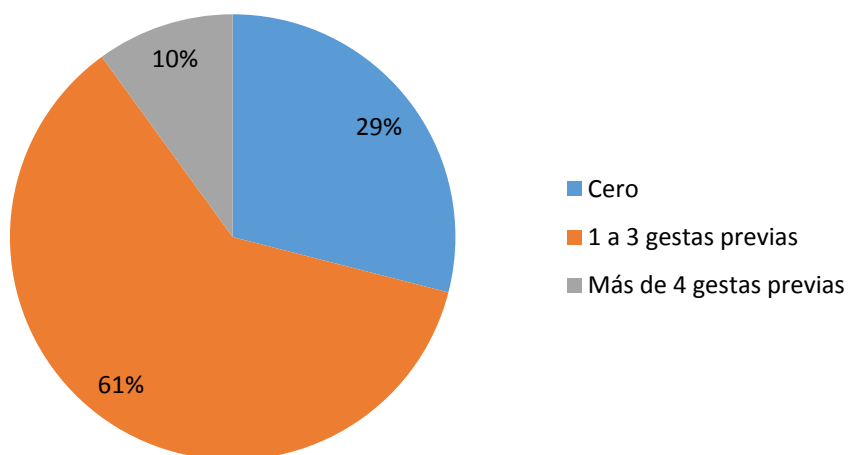


Gráfico 13. Gestas Previas en embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón -Barranqueras- Chaco-2016-17

Características del control de embarazo

La mitad de las pacientes (83) realizó control de embarazo **precoz**.

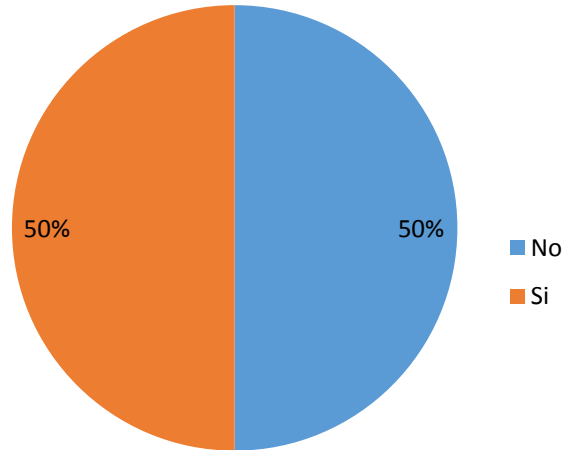


Gráfico 14. Control precoz en embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón - Barranqueras- Chaco-2016-17

Las tres cuartas partes (126 embarazadas) tuvieron control **periódico** prenatal.

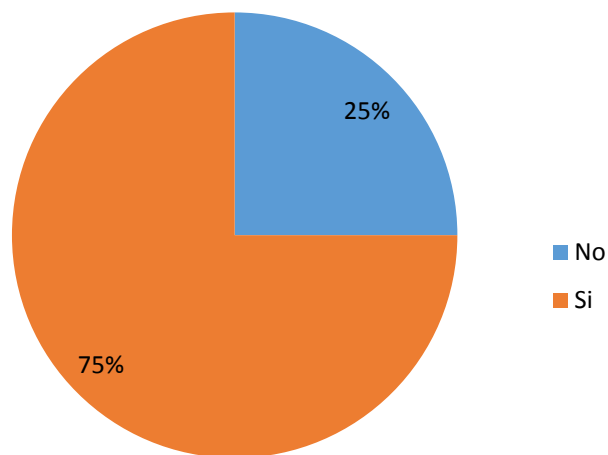


Gráfico 15. Control periódico en embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón -Barranqueras- Chaco-2016-17

A la totalidad (167 embarazadas) se le realizó **examen clínico completo** en cada consulta prenatal.

Se observó que 105 pacientes presentaron **serología y laboratorio completos**, lo que representa un 63%.

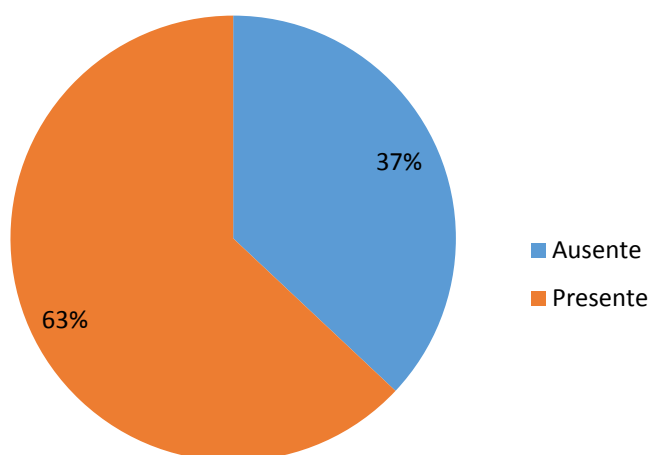


Gráfico 16. Serología y laboratorio completos en embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón -Barranqueras- Chaco-2016-17

A 69 pacientes (41%) se le realizó detección de **Estreptococo β -Hemolítico**.

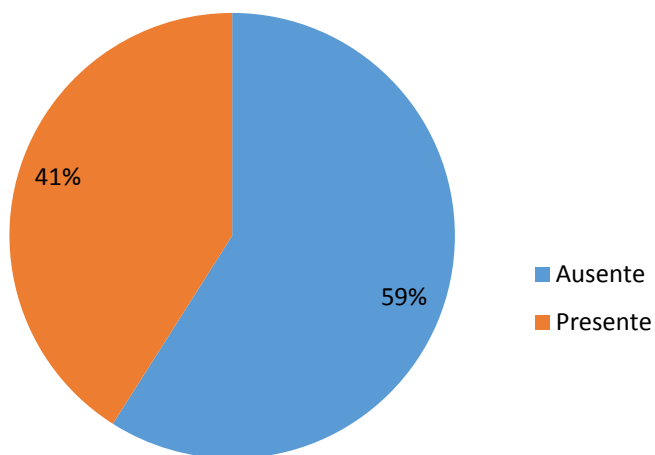


Gráfico 17. Detección de Estreptococo B- Hemolítico en embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón -Barranqueras- Chaco-2016-17

Se determinó que 149 pacientes (89%) tenía **esquema de vacunas** completo.

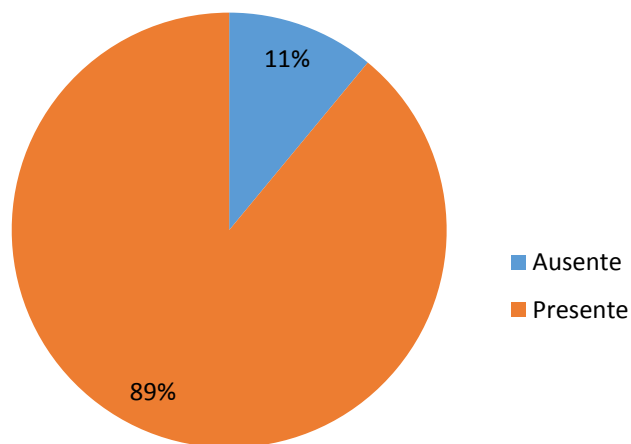


Gráfico 18. Esquema de vacunas completo en embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón -Barranqueras- Chaco-2016-17

Se observó que 99 pacientes (59%) presentó **estudio ecográfico** completo, mientras que 68 no contaron con las 3 ecografías (una por trimestre).

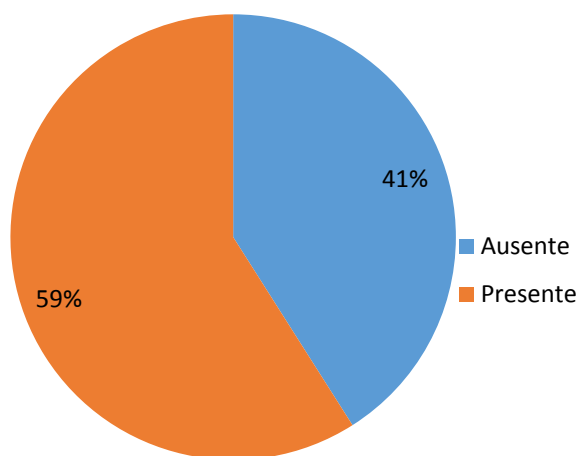


Gráfico 19. Estudio ecográfico completo en embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón -Barranqueras- Chaco-2016-17

Solo a 40 embarazadas (24% del total) se le realizó **examen odontológico**.

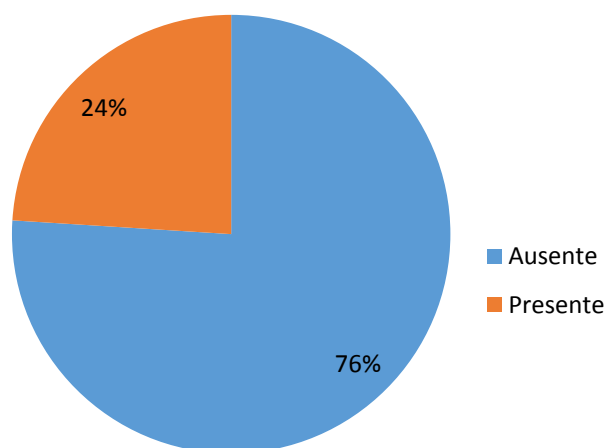


Gráfico 20. Examen odontológico en embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón - Barranqueras- Chaco-2016-17

La totalidad de las pacientes tuvo **consejería** como **actividad de educación para la salud**.

En cuanto a la **Preparación integral para la maternidad (PIM)** no hay registro de su asistencia. Si bien desde 2014 se desarrollaban las actividades en un salón cerca del puerto de Barranqueras (1,5 kilómetros del hospital), recién desde fines de 2017 comenzó en las instalaciones del Hospital Eva Perón y adquirió continuidad y mayor concurrencia durante 2018.

Otra alternativa para las embarazadas era asistir a PIM del Hospital Perrando, cito a cinco kilómetros de establecimiento de Barranqueras.

Estado nutricional y nivel de instrucción

Se observó que no hubo relación entre el estado nutricional y el nivel de instrucción (p-valor es 0.0774).

Tabla 4. Estado nutricional y nivel de instrucción en embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón -Barranqueras- Chaco.2016-17

Nivel de instrucción	Estado nutricional				Total
	Bajo peso	Peso normal	Sobrepeso	Obesidad	
Primarioincompleto	2	4	4	4	14
Primariocompleto	13	39	21	6	79
Secundariocompleto	4	38	24	5	71
Universitariocompleto	0	3	0	0	3
Total	19	84	49	15	167

Edad y diabetes gestacional

Solo 6 pacientes tuvieron diabetes gestacional y esas seis pacientes estaban comprendidas entre 20 y 34 años. Sin embargo no hay evidencia de que la edad estuviese relacionada con la diabetes gestacional (p-valor= 0,22). Dentro de ese grupo etario, el 95% no tuvo diabetes gestacional.

Tabla 5. Edad y Diabetes Gestacional en embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón -Barranqueras- Chaco.2016-17

Diabetes Gestacional	EDAD			
	<20	20-34	>35	Total
Ausente	39	106	16	161
Presente	0	6	0	6
Total	39	112	16	167

Edad e hipertensión arterial

En grupo etario hasta 19 años, el 100% no tuvo hipertensión arterial. En la categoría entre 20 a 34 años, el 88% no tuvo hipertensión arterial y en las embarazadas mayores de 35 años, el 25% tuvo esta patología. Aunque este 25% estuvo representado solo por 4 individuos hay evidencia de relación entre la edad con Hipertensión arterial. (P-valor = 0,01)

Tabla 6. Edad e Hipertensión Arterial en embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón -Barranqueras- Chaco.2016-17

Hipertensión Arterial	EDAD			
	<20	20-34	>35	Total
Ausente	39	98	12	149
Presente	0	14	4	18
Total	39	112	16	167

Edad y anemia

Se pudo observar que el 25% del total presentó anemia. En la categoría de edad hasta 19 años, el 38% tuvo anemia y en el último grupo etario (35 años o más), solo el 6% tuvo anemia presente.

Hay evidencia de relación de edad con anemia (p- valor = 0,02). La mayor frecuencia de anemia presente se observó en las adolescentes.

Tabla 7. Edad y Anemia en embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón - Barranqueras- Chaco.2016-17

ANEMIA	EDAD			
	<20	20-34	>35	Total
Ausente	24	87	15	126
Presente	15	25	1	41
Total	39	112	16	167

Edad y estado nutricional

El 6% presentó obesidad dentro de la categoría de embarazadas de 35 años o más. También dentro de este grupo etario hubo 0% de bajo peso.

El mayor porcentaje de bajo peso se registró en adolescentes.

El mayor porcentaje de sobrepeso se observó en la categoría de mayores de 35 años.

Hay evidencia de que la edad estuvo relacionada con el estado nutricional (p-valor =0,0001). A mayor edad, mayor índice de masa corporal.

Tabla 8. Edad y estado nutricional en embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón – Barranqueras- Chaco.2016-17

EST. NUT.	EDAD			
	<20	20-34	>35	Total
Bajo peso	13	6	0	19
Normo peso	19	61	4	84
Sobrepeso	5	33	11	49
Obesidad	2	12	1	15
Total	39	112	16	167

Nivel de instrucción y control precoz

El 62% de control precoz ausente se dio en el nivel de instrucción primaria completa. A su vez hubo mayores porcentajes de control precoz presente en los niveles de instrucción de secundario, terciario-universitario completos, con 61% y 67% respectivamente.

El nivel de instrucción presentó asociación significativa con el control precoz (pvalor=0,04).

Tabla 9. Nivel de instrucción y control precoz en embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón -Barranqueras- Chaco.2016-17

	<i>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</i>				
PRECOZ	Primario incompleto	Primario completo	Secundario completo	Terciario/Universitario completo	Total
Ausente	6	49	28	1	84
Presente	8	30	43	2	83
Total	14	79	71	3	167

Nivel de instrucción y control periódico

El 75% del total tuvo control periódico. Para las 4 categorías correspondientes a los niveles de instrucción hubo porcentajes similares, a partir del 67% hasta el 100% de control periódico.

No se observó evidencia de que el nivel de instrucción estuviese relacionado con el control periódico (p-valor = 0,10).

Tabla 10. Nivel de instrucción y control periódico en embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón -Barranqueras- Chaco.2016-17

	<i>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</i>				
PERIÓDICO	Primario incompleto	Primario completo	Secundario completo	Terciario/Universitario completo	Total
Ausente	2	26	13	0	41
Presente	12	53	58	3	126
Total	14	79	71	3	167

Nivel de instrucción y vacunas

Se pudo observar que el 89% del total tuvo esquema de vacunas completo. Para las 4 categorías correspondientes a los niveles de instrucción hubo porcentajes similares, a partir del 85% hasta el 100% de esquema completo. No se observó evidencia de que el nivel de instrucción estuviera relacionado con esquema completo de vacunas (pvalor = 0,36).

Tabla 11. Nivel de instrucción y esquema de vacunas completo en embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón -Barranqueras- Chaco.2016-17

	<i>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</i>				
VACUNAS	Primario incompleto	Primario completo	Secundario completo	Terciario/Universitario completo	Total
Ausente	1	12	5	0	18
Presente	13	67	66	3	149
Total	14	79	71	3	167

Nivel de instrucción y control odontológico

Se puede observar que solo entre el 20 y el 25% de las categorías correspondientes a los niveles de instrucción primario y secundario completos tuvieron control odontológico. Respecto a la categoría de terciario/universitario completo, ningún individuo tuvo control odontológico y solo 6 con primario incompleto tuvieron control odontológico presente, representando al 43% de esa categoría.

No se observó evidencia de que el nivel de instrucción estuviera relacionado con el control odontológico (p-valor = 0,22).

Tabla 12. Nivel de instrucción y control odontológico en embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón -Barranqueras- Chaco.2016-17

	<i>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</i>				
CONTROL ODONTOLÓGICO	Primario incompleto	Primario completo	Secundario completo	Terciario/Universitario completo	Total
Ausente	8	63	53	3	127
Presente	6	16	18	0	40
Total	14	79	71	3	167

Embarazo planeado y nivel de instrucción

Estadísticamente no hay evidencia de relación de nivel de instrucción con los embarazos planeados (p -valor = 0,12).

Sin embargo se observó que el mayor porcentaje de embarazos planeados (53%) correspondió al nivel de instrucción secundario completo.

Se pudo observar que 95 pacientes tuvieron embarazos no planeados, representando el 57% de los casos. El 55% de los embarazos no planeados correspondieron a la categoría de nivel de instrucción primario completo, con un total de 52 pacientes.

El menor porcentaje de embarazos no planeados se dio en el nivel de instrucción terciario completo.

Tabla 13. Planificación de embarazo y Nivel de instrucción en embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón -Barranqueras- Chaco.2016-17

	<i>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</i>				
EMBARAZO PLANEADO	Primario incompleto	Primario completo	Secundario completo	Terciario/Universitario completo	Total
Ausente	8	52	33	2	95
Presente	6	27	38	1	72
Total	14	79	71	3	167

Embarazo planeado y edad

No se observó evidencia de que la edad estuviera relacionada con los embarazos no planeados (p-valor = 0,66).

Se pudo observar que el 64% de las pacientes que presentaron embarazos no planeados correspondieron al grupo de 20 a 34 años.

El menor porcentaje de embarazos no planeados se encontraron en pacientes de 35 años o más.

El mayor porcentaje de embarazos planeados se encontró en el grupo etario mayoritario (de 20 a 34 años)

Tabla 14. Planificación de embarazo y Edad en embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón -Barranqueras- Chaco.2016-17

	<i>EDAD</i>			
EMBARAZO PLANEADO	<20	20-34	>35	Total
Ausente	24	61	10	95
Presente	15	51	6	72
Total	39	112	16	167

Embarazo planeado y estado civil

No hay evidencia de que el estado civil estuviera relacionado con los embarazos planeados (p-valor = 0,11).

Tabla 15. Planificación de embarazo y estado civil en embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón -Barranqueras- Chaco.2016-17

	<i>ESTADO CIVIL</i>			
EMBARAZO PLANEADO	Casada	Unión Estable	Soltera	Total
Ausente	6	65	24	95
Presente	10	51	11	72
Total	16	116	35	167

Embarazo planeado y gestaciones previas

No se observó evidencia de que las gestaciones previas estuvieran relacionadas con la planificación de embarazos (p-valor = 0,49).

Se pudo observar que 55 pacientes que presentaron embarazos no planeados, presentaron una a tres gestaciones previas.

El 31% de las pacientes que presentaron embarazo no planeado (29 pacientes) fueron primigestas.

El mayor porcentaje de embarazos planeados correspondieron a pacientes que tuvieron una a tres gestaciones previas.

Tabla 16. Planificación de embarazo y gestas previas en embarazadas atendidas en el Hospital Eva Perón -Barranqueras- Chaco.2016-17

	GESTAS PREVIAS			
EMBARAZO PLANEADO	0	1 a 3	Más de 4	Total
Ausente	29	55	11	95
Presente	20	47	5	72
Total	49	102	16	167

Embarazo planeado y control precoz

Existe evidencia estadísticamente significativa para afirmar que el control precoz estuvo relacionado con los embarazos planeados (p -valor = 0,0005).

Se pudo observar que solo el 62 % de las pacientes con embarazos no planeados no tuvieron control precoz de embarazo.

El 65% de las pacientes que presentaron embarazo planeado tuvieron control precoz de embarazo.

El 70% de las pacientes que no tuvieron control precoz correspondió a embarazos no planeados.

Tabla 17. Planificación de embarazo y control precoz en embarazadas atendidas en Hospital Eva Perón -Barranqueras- Chaco.2016-17

EMBARAZO PLANEADO	CONTROL PRECOZ		
	Ausente	Presente	Total
Ausente	59	36	95
Presente	25	47	72
Total	84	83	167

Embarazo planeado y control periódico

Existe evidencia estadísticamente significativa para afirmar que el control periódico estuvo relacionado con los embarazos planeados (p -valor = 0,03)

El control fue periódico en el 83% de los embarazos planificados.

El 69% de las pacientes con embarazos no planeados tuvieron control periódico de embarazo.

El 71% de las pacientes que no tuvieron control periódico, correspondió a embarazos no planeados.

Tabla 18. Planificación de embarazo y control periódico en embarazadas atendidas en Hospital Eva Perón -Barranqueras- Chaco.2016-17

EMBARAZO PLANEADO	CONTROL PERIÓDICO		
	Ausente	Presente	Total
Ausente	29	66	95
Presente	12	60	72
Total	41	126	167

Embarazo planeado y abortos

No hubo evidencia de que el número de abortos previos estuviera relacionado con la planificación de embarazo. (p -valor = 0,13).

Se pudo observar que el 87% de las pacientes con embarazos no planeados no tuvo antecedentes de abortos previos. El 12% de las pacientes que presentaron embarazos no planeados, tuvo uno o dos abortos. Solo una paciente con embarazo no planeado tuvo 3 abortos o más. El 22% de las pacientes con embarazo planeado, presentó de 1 a 2 abortos.

Tabla 19. Planificación de embarazo y abortos previos en embarazadas atendidas Hospital Eva Perón -Barranqueras- Chaco.2016-17

EMBARAZO PLANEADO	ABORTOS PREVIOS			
	0	1 a 2	3 o más	Total
0	83	11	1	95
1	56	16	0	72
Total	139	27	1	167

Edad y gestaciones previas

Se observó evidencia estadísticamente significativa de asociación entre edad y gestaciones previas (p-valor = 0,0001).

El 70% de las pacientes entre 20 y 34 años tuvo de 1 a 3 gestaciones previas. El 33% de las pacientes menores de 20 años tuvo de 1 a 3 gestaciones previas.

El 31% de las pacientes de 35 años o más tuvo más de 4 gestaciones previas.

Tabla 20. Relación entre edad y gestas previas en embarazadas atendidas en Hospital Eva Perón -Barranqueras- Chaco.2016-17

EDAD	GESTACIONES PREVIAS			
	0	1 a 3	4 o más	Total
Menor de 20	26	13	0	39
20 a 34	23	78	11	112
35 o más	0	11	5	16
Total	49	102	16	167

Edad y abortos previos

Hubo evidencia estadísticamente significativa de asociación entre edad y número de abortos previos (p-valor = 0,0068).

Se pudo observar que el 20% de las pacientes de 20 a 34 años tuvo 1 a 3 abortos.

El 1% de las pacientes con más de 35 años tuvo 3 o más abortos.

El 7% de las pacientes menores de 20 años tuvo 1 a 3 abortos.

**Tabla 21. Relación entre edad y abortos previos en embarazadas atendidas en el Hospital
Eva Perón -Barranqueras- Chaco.2016-17**

EDAD	ABORTOS PREVIOS			
	0	1 a 2	3 o más	Total
Menor de 20	37	2	0	39
20 a 34	90	22	0	112
35 o más	12	3	1	16
Total	139	27	1	167

DISCUSIÓN

Características socio-demográficas

Edad:

En la presente tesis se encontró que de las 167 pacientes embarazadas participantes del estudio que concurren al control prenatal en el Hospital Eva Perón durante los años 2016-17, 39 (23%) tenían menos de 20 años, 111 (66%) entre 20 y 34 años. Mientras que el 11%, más de 34 años (17 embarazadas).

En un estudio descriptivo, transversal, publicado en 2016 en el que se entrevistó 302 embarazadas con control prenatal en 8 Centros de Salud de la ciudad capital de Salta (Primer Nivel de Atención) se encontró que el 24% de las embarazadas fueron adolescentes. El 68% tenían entre 20 y 34 años, un 8% fueron añosas, con un rango de 35 y 46 años. Resultados que son coincidentes con los de esta tesis.¹³

En una encuesta telefónica realizada en el año 2009 en Montevideo, Uruguay, a 200 puérperas recientes usuarias de la Institución de Asistencia Médica Colectiva, CUDAM, se encontró que el 20 % (40 mujeres) tenía menos de 19 años al momento de la encuesta.¹⁴

Este valor coincidió con el porcentaje de adolescentes que realizaron controles de embarazo en Hospital trabajado en esta tesis.

Nivel de instrucción:

Al analizar el nivel de instrucción del grupo de pacientes estudiadas se observó que, el 8% tenía el nivel primario incompleto; el 47% primario completo, el 43% secundario completo y solo el 2% terciario /universitario completo.

Un estudio descriptivo de corte transversal, con una muestra de 160 gestantes que acudieron a control prenatal en 2009 en la Unidad Materno Infantil Santa Teresita en Bucaramanga, Colombia dio como resultado que el 21% tenía escolaridad primaria incompleta, el 20% primaria completa, el 56% escolaridad secundaria y el 3 % universitario completo.¹⁵

En muestra de pacientes con la que se trabajó en esta tesis, el porcentaje más elevado correspondió al nivel primario completo, seguido de secundario completo (alcanzando entre ambos el 90%). Mientras que en el estudio en Colombia se observó un alto porcentaje con escolaridad primaria incompleta. En cuanto a estudios terciarios/ universitarios los porcentajes fueron similares.

En el estudio descriptivo analítico de la encuesta telefónica realizada en Montevideo, Uruguay se encontró que el 43 % presentaba nivel primario de educación, 53 % nivel

secundario y solo 4 % nivel terciario. Esta última cifra resultó aproximada a los resultados de esta tesis.¹⁴

Estado civil:

Los resultados del presente trabajo señalaron que el 10% de las embarazadas estaban casadas, el 69% en unión estable y el 21% solteras.

En el estudio de Bucaramanga, Colombia el 45% (90 mujeres) se encontraba en unión libre con su pareja, el 28% (56 mujeres) solteras sin pareja y el 27% (54 mujeres) casadas. En ambos estudios, el predominio fue de mujeres con pareja ya sea casadas o en unión estable.¹⁵

Seguro de salud:

En esta tesis se encontró que el 87% (145 pacientes) no poseía ningún seguro de salud, el 11% (18 embarazadas) tenía obra social y sólo el 2% (4 pacientes) una prepaga.

Según el censo 2010, en Argentina el 39,59% de las mujeres en edad fértil (15-49 años) no poseía obra social, prepaga o plan estatal.¹⁶ Por lo tanto, el porcentaje de embarazadas sin seguro de salud que fue atendida en Hospital Eva Perón fue ampliamente mayor.

Problemas de salud prevalentes

Enfermedades no transmisibles

Diabetes

En esta tesis, de la muestra de 167 embarazadas, el 0,6 % presentó Diabetes pregestacional tipo I y el 0,6%, Diabetes pregestacional tipo II y el 3,6 % presentó diabetes gestacional.

En trabajos previos se ha establecido que en el 0,2-0,3 % de los embarazos la mujer ha tenido diabetes antes de la gestación (diabetes pregestacional- DPG) ¹⁷. Estos porcentajes fueron ligeramente menores que los hallados en muestra objeto de esta tesis.

La hiperglucemia y la hiperinsulinemia pueden producir crecimiento del feto en exceso (macrosomía), muerte fetal intrauterina, retraso en maduración pulmonar e hipoglucemia neonatal. La incidencia de malformaciones congénitas está aumentada cuatro veces en niños de madres con diabetes pregestacional¹⁷

La diabetes gestacional se diagnostica por primera vez en la gestación. Se da en el 3-5% de embarazos.¹⁷

La prevalencia de la diabetes gestacional (DG) a nivel mundial oscila entre el 1 y el 14% según la población analizada. Esta cifra sigue aumentando y este problema se asocia a resultados maternos y neonatales adversos. Las pacientes con diabetes gestacional tienen además un riesgo aumentado de desarrollar diabetes tipo 2 en los años siguientes a su embarazo, y sus hijos tienen mayor riesgo de desarrollar obesidad y diabetes. El amplio rango de prevalencia registrado refleja no solo la importancia de los factores genéticos y ambientales en distintas poblaciones, sino también la falta de unificación de criterios diagnósticos y estrategias de screening a nivel internacional.¹⁸

En un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal realizado en 2013 basado en información sobre 1853 historias clínicas perinatales de la Maternidad María de la Dulce Espera del Hospital Ángela de Llano de la ciudad de Corrientes se encontró que la prevalencia de DBT gestacional es de 3,8 % (n=72), porcentaje coincidente con el hallado en la presente investigación.¹⁹

En Sáenz Peña-Chaco se realizó un estudio en el que participaron 107 mujeres gestantes concurrentes al control prenatal en el Hospital 4 de Junio y 3 centros de salud, durante enero-abril de 2016. El 8% presentó diabetes gestacional, duplicando porcentaje encontrado en esta tesis.²⁰

Hipertensión

El 11% de las pacientes estudiadas en esta tesis presentó Hipertensión arterial, en tanto que en el estudio realizado entre el 2006 y 2008 en ASSBASALUD E.S.E., Manizales (Caldas, Colombia, Sur América), se identificó un 0.8% de embarazadas con trastornos hipertensivos.²¹

En un estudio retrospectivo de 7.190 partos consecutivos (08/2008-04/2013) en Servicio de Toco-ginecología y Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Llano de la ciudad de Corrientes, se evaluó prevalencia, clínica y evolución materna de los trastornos hipertensivos del embarazo. Fueron clasificados en grupo: 1: sin trastornos hipertensivos, 2: hipertensión previa, 3: hipertensión gestacional 4:preeclampsia-eclampsia (tensión arterial \geq 140-90 más proteinuria, sin/con convulsiones). Identificaron trastornos hipertensivos en 644 pacientes (9%): hipertensión previa, en 65 (1%), hipertensión gestacional en 426 (5.9%) y preeclampsia-eclampsia en 153 (2.1%). Estos porcentajes fueron más bajos que los encontrados en esta tesis.²²

Anemia

La anemia en el embarazo es un gran problema de salud pública en los países en vías de desarrollo, ya que incrementa la morbilidad materna y feto-neonatal. El 25 % de las pacientes que se estudiaron en esta tesis presentaron anemia.

En un estudio observacional descriptivo (2011) que incluyó a 135 mujeres embarazadas que asistieron a la Maternidad de Tucumán para efectuar su control prenatal en el primer o segundo trimestre, la prevalencia de anemia fue del 7,4%.²³ Este porcentaje fue menor al encontrado en esta tesis.

Se estudió la frecuencia de anemia en 600 mujeres internadas para atención obstétrica en Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González en Monterrey, México (2009), encontrándose en 35% de las pacientes.²⁴ Este porcentaje fue mayor al encontrado en la muestra estudiada en esta tesis.

Estado Nutricional

La principal fuente de información con respecto a la situación alimentaria y nutricional de las mujeres embarazadas es la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud –ENNyS- realizada en 2005 sobre una muestra de 1612 mujeres embarazadas, con representatividad nacional.

Esta encuesta arrojó como resultado en cuanto a la situación antropométrica que la proporción de mujeres embarazadas con sobrepeso y obesidad fue elevada, con valores de 19,7% y 24,4% respectivamente. En el otro extremo, 24,9% presentó bajo peso.²⁵

En las pacientes estudiadas en esta tesis, los porcentajes fueron inferiores a la prevalencia reportada por la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud en 2007. Ya que se encontró 11% de embarazadas con bajo peso, 30 % de sobrepeso, 9% obesidad y 50 % con peso normal.

En un estudio descriptivo, transversal con una muestra no probabilística de casos consecutivos de 302 embarazadas con control prenatal en 8 Centros de Salud de la ciudad capital de Salta se encontró que el 62% de las gestantes, al momento del estudio, presentó estado nutricional adecuado según IMC para la edad gestacional, el 27% de embarazadas con sobrepeso y obesidad y el 12% con bajo peso. De estas últimas, el 37% eran adolescentes. En este caso, los porcentajes de pacientes de bajo peso fueron similares a los encontrados en esta tesis, como así también coincidió que el mayor porcentaje de embarazadas con bajo peso se registró entre las adolescentes¹³

En Sáenz Peña, Chaco, se realizó un estudio en el que participaron 107 mujeres gestantes concurrentes al control prenatal en el Hospital 4 de Junio y 3 centros de

salud, durante enero-abril de 2016. Se obtuvo como resultado que el 63% presentó normopeso, el 10% bajo peso y el 27% exceso.²⁰ Resultados coincidentes con esta tesis respecto de los porcentajes de bajo peso, mayor porcentaje de normopeso y menor de exceso de peso.

Otra condición médica grave

Entre las pacientes estudiadas en esta tesis, 4% presentó preeclampsia, el 96 % restante no presentó ninguna otra condición médica grave.

En el estudio anteriormente mencionado realizado por los Servicios de Tocoginecología y de Terapia Intensiva del Hospital Llano de la ciudad de Corrientes se encontró 2,1% de preeclampsia-eclampsia (PE, tensión arterial $\geq 140/90$ más proteinuria, sin/con convulsiones)²². Nuestra población duplicó ese porcentaje.

Consumo de sustancias psicoactivas

Tabaco

No se conoce con exactitud la frecuencia de mujeres que fuman durante el embarazo y resulta difícil su evaluación, ya que muchas de ellas niegan ser fumadoras en sus consultas médicas.

Ante la falta de datos epidemiológicos en Argentina, se realizó una encuesta anónima a fin de estimar la prevalencia de consumo de tabaco en una población de mujeres embarazadas en distintos centros de salud de la Argentina, incluyendo al Hospital Perrando de Resistencia- Chaco.

La prevalencia de fumadoras del total de encuestadas fue del 19,8%. La casuística analizada, al igual que la de otros autores, demostró que un alto porcentaje de embarazadas mantiene el consumo de cigarrillos a pesar de conocer los riesgos de la adicción sobre el feto y la madre.²⁶

Este resultado es ligeramente mayor al encontrado en embarazadas estudiadas en esta tesis entre las que un 12 % refirió consumo de tabaco. De las cuales, el 57% de las pacientes que fumó, consumió más de 10 cigarrillos a diario.

Alcohol

Ocurre lo mismo con el alcohol, las pacientes en la consulta obstétrica niegan consumo de sustancia o no expresan con exactitud frecuencia y cantidad en cuanto al consumo.

En la muestra estudiada en esta tesis, el 98% de las pacientes refirió no consumir alcohol, el 1% menciona haberlo hecho los fines de semana y el 1% presentó consumo ocasional. En cuanto a la cantidad de alcohol que consumieron, el 1% declaró 1 copa, el 1% de 2 a 3 copas.

Se entrevistó a mujeres puérperas atendidas en dos centros de atención perinatal de la ciudad de Santa Fe, Argentina (2015). Se recabó la información sociodemográfica de las participantes y datos de su consumo de alcohol, entre otros. Se realizó un análisis descriptivo de las prevalencias de consumo y se identificaron los factores asociados con los patrones de consumo de alcohol mediante análisis de medidas repetidas. De las 614 participantes, el 75,2% había consumido al menos un trago (unidad estándar) de alcohol durante la gestación y el 83,3% lo había hecho durante el último año; un 15,1% reconoció haber tenido al menos un evento de consumo excesivo episódico (5 tragos o más) durante la gestación y un 27,6% durante el año anterior a la gestación. Solo el 30,6% de las mujeres manifestó haber hecho algún cambio en el consumo durante el último año; entre ellas, el 55,6% disminuyó el consumo y el 41,8% dejó de beber²⁷. Estos porcentajes fueron mayores a los que refirieron las pacientes de este estudio, pero dado a que en la historia clínica se consignó lo que la paciente relata, estos datos sobre consumo de sustancias pueden estar sesgados.

Drogas

En la muestra estudiada en esta tesis, el 2% de las pacientes refirió que consumió drogas. En Chile se aplicó un cuestionario a 264 puérperas, registrando el uso de sustancias psicoactivas durante embarazo (2015). Se registró un 3,5% de consumo de Marihuana, un 0,1% de Pasta Base de Cocaína y un 0,3% de Cocaína.²⁸

Si bien en el estudio de Chile fueron discriminadas por sustancia psicoactiva, se puede inferir que son porcentajes similares a los obtenidos en esta tesis.

Antecedentes Obstétricos

Abortos

El aborto espontáneo es la pérdida del embarazo antes de las 23 semanas de edad gestacional (WHO 1992) y sucede en el 10% al 15% de los embarazos, según la edad materna y el número de partos (Buckett 1997; Bulletti 1996; Schwarcz 1995). Se asocia con defectos cromosómicos en cerca de la mitad a las dos terceras partes de los casos (Bricker 2000; Ogasawara 2000; Simpson 1987; Stern 1996), con enfermedades maternas (endocrinas, inmunológicas, malformaciones del aparato genital, infecciones) o disfunción placentaria (Cunningham 1993; Glass 1994).²⁹

De las embarazadas estudiadas en esta tesis, el 83% no presentó antecedentes de abortos. El 16% tuvo como antecedentes 1 a 2 abortos. Mientras que solo el 1% presentó 3 o más abortos.

En un estudio descriptivo realizado a partir de las bases de datos del Sistema Informático Perinatal de las unidades de salud de la red pública de la provincia del Azuay-Ecuador, durante el año 2010, se encontró que el 75% (139 pacientes) no presentó antecedentes de abortos, el 13% (27 embarazadas) tuvo como antecedentes 1 a 2 abortos, mientras que el 0,1% (1 paciente) presentó 3 o más abortos previos.³⁰

Estos datos fueron coincidentes con los hallados en esta tesis en que el mayor porcentaje (tres cuartas partes) no tuvo antecedentes de abortos, seguidos por antecedentes de 1 a 2 abortos y un pequeño porcentaje de embarazadas con antecedentes de 3 abortos o más.

Embarazo planeado

En el estudio descriptivo analítico de una encuesta telefónica realizada a una población de mujeres puérperas recientes usuarias de Institución de Asistencia Médica Colectiva CUDAM en Montevideo, Uruguay en 2009, ya mencionado, se obtuvo como resultado que en el 51 % de los casos el embarazo no fue planificado. Se encontró relación significativa entre la edad (menor de 19 años), no presentar pareja estable y tener un embarazo no planificado ($p < 0,01$).¹⁴

En el estudio descriptivo a partir de las bases de datos del Sistema Informático Perinatal de las unidades de salud de la red pública de la provincia del Azuay durante el año 2010, se encontró que en el 52% de los casos no fue planeado.³⁰

En todos los estudios, el porcentaje de embarazos no planificados superaron el 50%, coincidente con datos obtenidos en esta tesis en que en el 57% de los casos (95 pacientes) el embarazo no fue planeado.

Gestas previas

En el estudio descriptivo ecuatoriano, anteriormente mencionado, se encontró que el 38,2% de las pacientes fueron primigestas, el 53,4 % tuvo 1 a 3 gestaciones previas y el 8,3% más de 4 gestaciones previas, estos resultados concordantes con los de esta tesis en que el 29% de las pacientes fueron primigestas, el 61% tuvo 1 a 3 gestaciones previas, mientras que el 10% tuvo 4 o más gestaciones previas.³⁰

En ambos casos el mayor porcentaje fue el de embarazadas con 1 a 3 gestas previas, siendo mayor al 50%

Características del control de embarazo

Control precoz

En el 50% de las pacientes estudiadas en esta tesis se realizó un control de embarazo precoz, es decir antes de la semana 12.

Un estudio realizado en 2010 la unidad Intermedia Materno Infantil Santa Teresita en Bucaramanga, Colombia tuvo una muestra conformada por 160 puérperas. El 81% de las pacientes iniciaron controles prenatales en el primer trimestre de embarazo. Estos datos reflejaron que tienen mayor conciencia y tendencia a iniciar a más temprana edad gestacional los controles prenatales, como respuesta a las múltiples estrategias realizadas por el sistema de salud con el propósito de detectar y controlar tempranamente los factores de riesgo del embarazo. Este porcentaje de control precoz, superior a las tres cuartas partes del total superó a datos de la presente investigación.¹⁵

En 2012 se llevó a cabo un estudio descriptivo, de tipo transversal; cuya muestra estaba conformada por 147 pacientes internadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Dr. José R. Vidal” de la ciudad de Corrientes en puerperio inmediato, que cursaron un embarazo previo de bajo o alto riesgo y tuvieron un parto de término. En cuanto al momento de la primera consulta: solo el 23% tuvo primera consulta precoz, el 50% aceptable y el 27% una primera consulta tardía. Estos valores fueron muy diferentes a los encontrados en esta tesis.⁷

Es importante recordar que en nuestro país, desde 2011, se cuenta con la Asignación por Embarazo para Protección Social, que es un monto mensual que el Estado abona por el embarazo, desde las 12 semanas para trabajadoras informales, servicio doméstico y desempleadas. Entre los requisitos a cumplir para el cobro figura el tener que cumplir con los controles médicos.³¹

Se estudió el impacto del cumplimiento de los objetivos que se propusieron al momento del lanzamiento de la AUH (Asignación Universal por Hijo). Para ello se combinó una estrategia cuantitativa con una cualitativa.

Para el diseño cuantitativo, se ha comparado el grupo de hogares receptores de AUH (Grupo de Tratamiento: GT) con un grupo de hogares no receptores (Grupo de Comparación: GC) con perfiles semejantes en características que no forman parte de los indicadores sobre los que se medirán los impactos. El procedimiento de selección estadística ha permitido presumir la igualdad inicial de ambos grupos en forma sustitutiva a la medición inicial.³¹

La consulta temprana es esencial para poder hacer un seguimiento preciso de la evolución del embarazo. Se consultó a las madres sobre el mes de embarazo que

estaban cursando cuando realizaron la primera consulta prenatal. El 95,7% de las receptoras AUH con hijos menores de 2 años realizó el primer control de su último embarazo durante el primer trimestre de gestación. En términos de impacto, podemos afirmar que la AUH ha contribuido a incrementar las consultas tempranas en 4,5 puntos porcentuales; se garantiza así un mayor bienestar de la madre y del niño en gestación.³¹

Esta investigación publicada en 2015 relacionó a la Asignación por Embarazo con un impacto positivo en cuanto a la consulta precoz

Control periódico

Los resultados de esta tesis indican que el 75% de las pacientes realizó control periódico de embarazo.

En el estudio del servicio de Obstetricia del Hospital Dr. José R. Vidal de la ciudad de Corrientes se obtuvo como resultado que el 4% de las pacientes no concurrió a ninguna consulta prenatal, el 26% concurrió menos de 5 veces y el 70% concurrió 5 veces o más.⁷

Estas cifras resultaron coincidentes con las obtenidas en esta tesis.

Las responsabilidades fijadas por la AUH y la Asignación por Embarazo cumplen con el objetivo de asegurar los controles de salud adecuados durante el embarazo. Se apreció un impacto en los controles de salud de 5,4 puntos porcentuales, como resultado de las diferencias registradas entre las mujeres con hijos menores de 2 años del grupo de tratamiento y sus pares del grupo de comparación.³¹

Completo

Se realizó estudio de frecuencia de controles prenatales completos en la población de embarazadas que consultaron al servicio de maternidad del hospital Ángela I. de Llano de la ciudad de Corrientes y se estableció la relación entre el número de controles y complicaciones neonatales precoces. Para esto se llevó a cabo un estudio retrospectivo en el que se analizaron las historias clínicas del periodo junio a diciembre de 2010. Sobre 823 mujeres incluidas en el estudio, el 51% no presentó controles que cumplieran con los criterios de precocidad, cantidad, distribución, integralidad y calidad; las complicaciones neonatales fueron mayores en el grupo de controles incompletos. El 6,2% de los recién nacidos en el grupo sin control presentó bajo peso. El ingreso a neonatología fue del 9,7% en el grupo de controles incompletos y del 4,9% en el de controles completos. El porcentaje de óbitos fetales fue del 1,1% en el grupo de controles incompletos. Puede concluirse que los controles prenatales en la

población estudiada se asocian con un mejor control y salud fetal neonatal, menor número de complicaciones y menos óbitos y fetos muertos.³²

En la muestra estudiada en esta tesis, a la totalidad de las embarazadas se le realizó examen clínico en todos los controles realizados; el 63% de las pacientes tuvo control serológico completo y el 63% de las pacientes tuvo control de laboratorio completo

En estudio realizado por Kliksberget *al.* (2015), el 90,5% de las pacientes se había efectuado, al menos un análisis de sangre.³¹ El porcentaje de mujeres que se realizaron análisis de sangre durante el embarazo es inferior en esta tesis.

En la muestra estudiada en esta tesis, al 41% de las pacientes se le realizó estudios para detección de Estreptococo β -Hemolítico, en tanto que en el estudio descriptivo a partir de las bases de datos del Sistema Informático Perinatal de Azuay- Ecuador se obtuvo que solo el 26,3 % tuvo tamizaje de Estreptococo B. ³⁰

En la población estudiada en esta tesis, el 89% de las pacientes tiene esquemas completos de vacunas. En un estudio analítico, de corte transversal se realizó encuesta a embarazadas y puérperas internadas en sala de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nuestra Señora de la Misericordia (institución pública, polivalente de la ciudad de Córdoba en 2014). El porcentaje de cobertura en inmunizaciones fue: Vacuna dT (doble adulto –difteria-tétano): veinte 81 %, Vacuna dTpa (triple bacteriana acelular): aplicada 59,5 %, Vacuna antigripal: manifestaron tenerla aplicada el 54 % de la población encuestada. Vacuna SR (doble viral): 43 % refirieron tenerla aplicada. Vacuna Antihepatitis B: 50 % refirieron tener aplicada la vacuna (202 / 220 con esquema completo de 3 dosis). ³³

La aplicación de la vacuna doble bacteriana alcanzó a más del 90% de las mujeres. Esta vacuna protege de la difteria y el tétanos, y forma parte del Calendario Nacional de Vacunación. Este dato está por encima de lo relevado por UNICEF (2013) para las mujeres residentes en áreas urbanas del país, de las cuales el 86,1% había recibido al menos una dosis de la vacuna o estaban cubiertas antes del embarazo.³²

La cobertura en vacunas es alta, como la relevada en los estudios anteriores.

El 59% de las pacientes en esta tesis presentó estudio ecográfico completo.

En un estudio realizado en Barcelona se recogieron los datos de 2.299 mujeres, de las cuales en 2.186 se disponía de información sobre su ocupación para asignarle clase social. Un 65% pertenece a clases sociales más favorecidas (n=1.492) y un 30% a las menos favorecidas (n = 694). El porcentaje de embarazadas a las que se le realizaron más de 3 ecografías fue elevado, sobre todo en las mujeres de clases más favorecidas (81,3%). De las clases menos favorecidas, un 62,4%. Lo que representa un promedio de 71 %.

Este porcentaje resultó superior al de la muestra estudiada. ³⁴

Solo al 24 % de la muestra estudiada en la presente tesis se le realizó examen odontológico. En el estudio descriptivo realizado en 2010 en Ecuador, al 60,9 % se le realizó examen odontológico.³⁰ El porcentaje de controles odontológicos realizados fue mucho menor en el presente trabajo.

El 100% de las embarazadas incluidas en la muestra estudiada en esta tesis, tuvo consejería como actividad de educación para la salud. En un estudio realizado en México en 2009 se concluyó que con la intervención de enfermería en consejería personalizada en embarazadas se lograron mejores condiciones de salud materna al final del embarazo, sobre todo en la prevención de complicaciones por hipertensión arterial. La intervención también logró mayor probabilidad de obtener un producto sano.³⁵

CONCLUSIONES

Entre las embarazadas que se atendieron en el Hospital Eva Perón de Barranqueras –Chaco durante los años 2016-17, el mayor porcentaje correspondió a mujeres entre 20 y 34 años. Casi un cuarto fueron adolescentes (superior a la media nacional y coincidente con estadísticas chaqueñas) y un menor porcentaje de mujeres añosas.

Los niveles de instrucción predominantes fueron primario y secundario completos (alcanzando el 90%). Más del 75% de las pacientes se encontraban en pareja (uniones estables o casadas) y un elevado porcentaje sin seguro de salud (87%), por lo que fueron inscriptas en Plan Sumar y beneficiarias de Asignación por Embarazo.

En referencia a las enfermedades crónicas no transmisibles, se relevaron valores de diabetes tanto pregestacional como gestacional coincidentes con otros estudios, alcanzando casi 5 % en total. En cuanto a hipertensión arterial, los porcentajes fueron mayores y se encontró asociación estadística entre edad e hipertensión arterial. A mayor edad, mayor incidencia de esta patología.

El 25% de las embarazadas de la muestra presentó anemia, encontrándose estudios con menores o mayores porcentajes. Hubo asociación estadísticamente significativa entre edad y anemia, siendo más frecuente en adolescentes.

En cuanto al estado nutricional se encontró relación estadística con la edad. Se encontró mayores porcentajes de bajo peso en adolescentes mientras que superiores porcentajes de obesidad y sobrepeso en embarazadas de 35 años o más.

Como antecedentes de condición médica grave, la única presente fue preeclampsia

Con respecto al consumo de sustancias psicoactivas, lo relevado fue lo referido por la paciente en el momento de realizar la historia clínica, por lo tanto pudo presentar sesgos ya que muchas veces no reconocen los consumos. Sin embargo, los valores hallados fueron coincidentes con otros estudios.

Concerniente a los antecedentes obstétricos, 17 % de embarazadas tuvieron antecedentes de abortos previos, más de la mitad de los embarazos no fueron planificados (en coincidencia con otros estudios) y el 71 % tuvo gestas previas.

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre edad y gestas previas (a mayor edad, más gestas previas) como así también entre edad y abortos previos.

Al respecto de las características del control de embarazo, el 50% fue precoz y el 75% periódico.

Hubo asociación significativa y positiva entre nivel de instrucción y control precoz como así también entre embarazo planeado y control precoz.

El control periódico presentó relación estadísticamente significativa con la planificación de embarazo.

Se obtuvieron porcentajes elevados (entre 60% y hasta 100%) en examen clínico, serología y laboratorio completos, inmunizaciones, estudio ecográfico completo y actividades de educación para la salud. Bajo porcentaje en estudios para la detección de estreptococo B-hemolítico (41%), tal vez por ser una prueba que se realiza en las últimas semanas de gestación, un solo día de turnos y frecuentes paros en 2017. Solo a un 24% de la muestra se le realizó examen odontológico. Sin dudas, se trata de un aspecto para mejorar, trabajar en equipo y considerar el otorgamiento de turnos protegidos para asegurar acceso al control odontológico y realización de tratamiento.

Este trabajo permitió establecer el perfil epidemiológico de embarazadas atendidas en esta institución y las características del control prenatal, generando una base de información que podría contribuir a la optimización de estrategias de atención a este grupo poblacional.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Barragan L. Fundamentos de la Salud Pública. Perfil Epidemiológico en Argentina.191-229. 2007. Ed. Universidad Nacional de La Plata.
2. Argentina: Informe Final 2015 Objetivos de Desarrollo del Milenio Un camino hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales Presidencia de la Nación Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) – Argentina.2015
3. Estadísticas vitales. Información básica Argentina. Año 2015. Ministerio de Salud de la Nación Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos Dirección de Estadísticas e Información de Salud Serie 5 Número 59 Buenos Aires.2016
4. Objetivos de Desarrollo Sostenible .Informe País Argentina. Presidencia de la Nación. 2018.
5. Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal. Dirección Nacional Maternidad e Infancia. Subsecretaría de Salud Comunitaria. Ministerio de Salud de Nación Argentina. 1ª ed .2013
6. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Control Prenatal del embarazo normal. 2010; 330-49. Ed. Elsevier.Madrid
7. Bravi Olivetti M, Pedrozo L, Santillán R, Machado S. Características de los controles prenatales de pacientes puérperas internadas en Hospital “Dr.José R Vidal” de la ciudad de Corrientes .Rev Posgrado de VI Cat de Med.2012; 213:5-8.
8. Ley 26.369. Salud Pública. Examen de Detección de Estreptococo Grupo B Agalactiae. Honorable Congreso de la Nación Argentina. Boletín Oficial del 07/05/08.Num:31399
9. Viega Caetano J, Larre S, Lopreto C. Detección y caracterización de Streptococcus agalactiae en muestras para urocultivo.Acta bioquím. clín. latinoam.2004; 38(4):459-63.
10. Outes M, Fernández Iriarte B, Secreto B. Embarazo: prevención y control en salud bucal. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá. 2014; 33(2): 70-1.
11. Lozano A, Betancourth W, Turcios J, Cueva J, Ocampo D, Portillo C, et al. Sobrepeso y Obesidad en el Embarazo: Complicaciones y Manejo .Archivos de Medicina. 2016; 12(3):1-7
12. Fescina RH, De Mucio B, Abreu M, Martínez G, Díaz Rossello JL, Mainero L, et al. Sistema informático perinatal (SIP): historia clínica perinatal: formulario complementario para mujeres en situación de aborto: instrucciones de llenado y definición de términos. Montevideo: CLAP/SMR; 2009.

13. Borelli M, Mayorga M, de la Vega S, Contreras N, Tolaba A , Passamai M. Estado Nutricional y Percepción de la Imagen Corporal de Embarazadas asistidas en Centros de Salud de Salta Capital, Argentina. *Rev Esp Nutr Hum Diet.* 2016; 20(3): 174 – 9.
14. Morales M, Lucian H,,Barizo M , Milano E. Prevalencia de embarazo no planificado en una Institución de Asistencia Médica Colectiva, CUDAM (Montevideo, Uruguay). Análisis de una encuesta. *Medwave* .2010;10 (8):e4713 doi
15. Moya Plata D, Guiza Salazar I, Mora Merchan M. Ingreso Temprano al Control Prenatal en una unidad Materno Infantil. *Rev Inv Progr de Enfermería UDES.*2010. 44-52
16. Políticas Públicas relacionadas con la salud Materno Infantil .Serie Políticas Públicas. Fundación contemporánea. Informe N° 3. Agosto 2012.
17. Contreras Zuñiga E, Arango L, Zuluaga Martínez S, Ocampo V. Diabetes y Embarazo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2008; 59(1):38-45
18. Voto N, Salcedo M. Consenso de diabetes Recopilación, actualización y recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes gestacional. *Rev FASGO.* 2012;11 (2):37-48
19. Romero Benitez JM, Saez C .Prevalencia y factores de riesgos asociados a la diabetes gestacional en nuestra Maternidad. Hospital Angela I de LLano. Maternidad Maria de la dulce espera. *Rev FASGO.* 2014;13(3):119-20
20. Sudria M, Defago M. Perfil nutricional de mujeres embarazadas provenientes del sector público de salud, Presidencia Roque Saénz Peña, Chaco. X Jornadas Nacionales de Salud Pública. Comunicaciones Orales. *Revista de Salud Pública.* FCM.UNC.2017; 2:21
21. Agudelo Gil, M, Agudelo Ramos LM, Castaño Castrillón JJ, Giraldo JF, Hoyos Vélez AF, Bucheli AM, et al. Prevalencia de los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres embarazadas controladas en ASSBASALUD E.S. Manizales (Colombia), 2006 A 2008. *Archivos de Medicina (Col)].* 2010; 10(2):139-150.
22. Rivero M, Perna E, Pizzorno J, Romero Benitez JM, Saez C. Estados hipertensivos en el embarazo: Prevalencia, Perfil clínico y evolución materna. *Rev FASGO.* 2014; 13(3):135.
23. Lazarte,S, Isse,B. Prevalencia y etiología de Anemia en embarazo. Estudio observacional descriptivo en el Instituto de Maternidad de Tucumán. *Rev Argent Salud Pública.* 2011;2(8):28-35
24. Iglesias Benavides JL, Tamez Garza LE, Reyes Fernández I. Anemia y embarazo, su relación con complicaciones maternas y perinatales. *Medicina Universitaria.*2009;11(43):95-8.

25. Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de Resultados. 2007. 147-8
26. Nahabedian S, Pascansky D, Vanoni S, Inza F, Schönfeld D, Svetliza G et al. Estudio multicéntrico sobre prevalencia de tabaquismo en mujeres embarazadas en 15 centros de salud de Argentina. *Rev Am Med Resp.* 2015; 15(1):28-35
27. López MB, Arán Filippetti V, Cremonte M. Consumo de alcohol antes y durante la gestación en Argentina: prevalencia y factores de riesgo. *Rev Panam Salud Pública.* 2015; 37(4/5):211–7.
28. Pérez J, Raffo S. Uso de sustancias psicoactivas en el embarazo y conocimiento de los efectos sobre el feto en puérperas recientes. *Rev Chil Salud Pública* 2015; Vol 19 (1): 37-46
29. Aleman A, Althabe F, Belizán J, Bergel E. Reposo en cama durante el embarazo para la prevención del aborto espontáneo (Revisión Cochrane traducida). *Biblioteca Cochrane Plus.* 2008;4: 1-14
30. Ortiz J. Perfil de salud materna y perinatal en hospitales públicos de la provincia del Azuay – Ecuador. 2010. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.* 2012; 30(3):6-15
31. Kliksberg B, Novacovsky I, Adúriz I. El gran desafío: Romper la trampa de la desigualdad desde la infancia. *Aprendizajes de la Asignación Universal por hijo.* 173-83. 2015. Ed. Biblos.
32. Ponce de León R, Fernández Romero A, Ortiz Maffei N, Gómez F. Prevalencia de controles prenatales incompletos en un servicio de maternidad y su relación con complicaciones neonatales. *Rev. Fac. Med. Univ. Nac. Nordeste.* 2013; 33(1):24-6.
33. Minguez A, Spitale N, Visconti L, Bernardi G, Voza M, Brito R et al. Estado de vacunación en embarazadas y puérperas de un hospital público polivalente. *Actualizaciones en SIDA e Infectología.* 2014; 22(86):87-94.
34. Cano-Serral G et al. Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo. *Gac Sanit.* 2006;20(1):25-30
35. Solís Flores L et al. La consejería personalizada dirigida a mujeres embarazada. *Rev Med Hosp Gen Mex.* 2009; 72 (4): 200-6