



**Ministerio de Salud Pública**  
**Universidad de Ciencias Médicas**  
**Ciego de Ávila**

**COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA ATENCIÓN  
PRENATAL.DISTRITO COROZAL.BELICE.ENERO A  
NOVIEMBRE 2009 Y ENERO A NOVIEMBRE 2010.**

**Autora: Dra. Magdeline Francisco Castillo**  
**Especialista de 1er grado en Medicina General Integral.**  
**Tutor: Dr. Samuel Pugh Provost**  
**Especialista de 1er grado en Ginecobstetricia.**

**Trabajo de investigación para optar por el título de Máster**  
**en Atención Integral a la Mujer**

**2011**

<b>CONTENIDO</b>	<b>PÁGINAS</b>
Capítulo I .Introducción	1
Capitulo II Objetivos	4
Capitulo III. Marco teórico	5
Capítulo IV. Diseño metodológico	12
4.1. Definición conceptual y Operacionalización de variables	13
Capítulo V. Resultados y discusión	
5.1. Distribución de gestantes según edad	15
5.2. Tiempo de gestación a la captación	16
5.3. Controles prenatales realizados	17
5.4. Exámenes complementarios realizados	18
5.5. Enfermedades asociadas	19
5.6. Indicadores de salud materno infantil	20
Capítulo VI	
Conclusiones	21
Diseño de Estrategia	22
Referencias bibliográficas	28
Anexos	33

## RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal, con el objetivo de determinar el comportamiento epidemiológico de la Atención Prenatal en el distrito de Corozal, en los períodos de Enero a Noviembre de 2009 y Enero a Noviembre de 2010. El universo de estudio estuvo constituido por 859 y 820 gestantes en el año 2009 y 2010 respectivamente. La recolección de la información se realizó a través del Reporte Oficial Estadístico de Salud Materno Infantil y el Registro de Nacimientos. El procesamiento y análisis de la información se realizó de forma computarizada, a través del sistema Excel de Microsoft Office 2007. Los resultados obtenidos se presentaron en tablas de distribución y frecuencia por el método porcentual.

Mediante el estudio se pudo constatar una disminución en las captaciones de embarazo en el 2010 con respecto al año anterior, con un elevado índice de captaciones tardías e incremento del embarazo en la adolescencia; de las enfermedades asociadas al embarazo, las infecciones urinarias y las vaginales fueron las que predominaron en ambos años, con un incremento de los sangramientos, la infección vaginal y la hipertensión arterial en el 2010 con respecto al año anterior. Se diseñó una estrategia para mejorar la organización de la atención prenatal, y de esta forma disminuir los indicadores de la salud materna infantil en el distrito.

## INTRODUCCIÓN

Desde hace muchos años, la importante tarea de disminuir la mortalidad materno infantil en nuestro país generó la idea de clasificar el proceso fisiológico de la gestación en dependencia de la aparición o no de determinadas características, denominadas factores de riesgo.<sup>1</sup>

La atención prenatal no es más que el conjunto de acciones de salud que reciben las embarazadas durante la gestación.<sup>2,3</sup> El embarazo es considerado tradicionalmente como un evento fisiológico. Sin embargo, según Zuspan, debe ser considerado como de excepción ya que es capaz de producir la muerte o daño permanente tanto a la madre como al recién nacido. Las gestantes de riesgo constituyen el 20 al 30% del total de embarazadas y son responsables del 70 al 80% de la mortalidad perinatal. A la atención prenatal debe dársele su valor clínico, planificando la adecuada atención de las mismas, con la finalidad de evitar o disminuir en lo posible el daño materno y perinatal.

La identificación temprana de los factores de riesgo, seguida de un manejo adecuado puede prevenir o modificar los resultados perinatales desfavorables. La valoración del riesgo es un proceso dinámico ya que el mismo puede incrementarse, disminuir o mantenerse sin variaciones, de ahí la necesidad de la evaluación continua de toda gestante.<sup>4</sup>

La atención médica especial para la mujer embarazada es importante para asegurar un embarazo saludable e incluye controles regulares y análisis prenatales. Mediante el control prenatal, se puede vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna.<sup>2,3</sup>

La metodología de trabajo que ha permitido garantizar el logro de los buenos indicadores de salud en Cuba, ha sido la aplicación de programas con lineamientos que deben cumplirse estrictamente, y entre estos, de forma priorizada, el Programa Nacional de Atención Materno Infantil, que tiene como

uno de sus objetivos fundamentales: reducir la tasa de mortalidad perinatal, a la cual contribuye de manera determinante el bajo peso al nacer, por lo que elevar la calidad de la atención médica primaria es indispensable para alcanzar el cumplimiento de estos objetivos.<sup>5,6,7</sup>

En perfil de salud Cuba ha sufrido un cambio muy favorable en los últimos años, lo que se ha traducido en cifras de indicadores poblacionales semejantes a los de países más desarrollados.<sup>8</sup>

Entre los factores que han contribuido a estas favorables tasas se encuentran, la voluntad política del Gobierno revolucionario de ofrecer atención a la salud de todos los ciudadanos, con especial esmero a las madres y los niños; la existencia de un alto grado de escolarización de la población; y un programa de vacunación que abarca 13 enfermedades, con una cobertura de prácticamente el ciento por ciento de los niños, lo que ha conducido a la erradicación y control de varias afecciones inmunoprevenibles. También por disponer de un sistema de salud universal, accesible y gratuito para toda la población.<sup>9</sup>

La tasa de mortalidad infantil es un indicador sensible y muy comúnmente usado para medir el estado de salud de la población, pues se relaciona con diferentes aspectos; sociales, culturales y económicos.<sup>10,11</sup>

En Belice la tasa de mortalidad infantil en el año 1990 se encontraba en 35, sin embargo en los últimos años, se ha producido un descenso paulatino de la misma; en el 2000 ya estaba en 25.9, en el 2006 disminuye a 24.8 y en el 2009 a 23.07.<sup>12</sup>

La muerte materna es otro importante indicador que nos permite medir el estado de salud de la población, su incremento en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya la diferencia entre los ricos y pobres. La casi totalidad de muertes maternas corresponde a países en vías de desarrollo, lo cual se explica porque las mujeres tienen mayor número de embarazos que en los países desarrollados.<sup>13</sup>

En Belice la muerte materna se comportó en el 2008 en 94 por 100 000 nacidos vivos, descendiendo la tasa en el 2009 hasta 52.<sup>14</sup>

El éxito de la atención prenatal se basa en la identificación precoz de las gestantes con factores de riesgo; en el caso de Belice entre ellos encontramos, las captaciones tardías, las infecciones urinarias, vaginales, la anemia, los sangramientos, tomando una serie de medidas a nivel institucional para disminuir los mismos, basadas fundamentalmente en: ubicación de médicos en las aldeas de difícil acceso con su stock de medicamentos gratuitos; inclusión de promotoras de salud en cada aldea, garantizando de esta forma un incremento de las actividades de promoción de salud; ubicación de un Obstetra a nivel del distrito, con el objetivo de valorar el mayor porcentaje de las gestantes, incluidas las visitas realizadas a las clínicas lejanas para la evaluación de las mismas.

El Programa de Atención Materno Infantil en Belice es ejecutado por el personal de enfermería, debido al escaso personal médico que presentan, tienen un sistema de salud público y privado a la vez, por lo que los servicios nos son accesibles a toda la población debido al costo elevado, además de no contar con la debida organización del mismo, por lo que a pesar de las medidas tomadas el país aún mantiene elevados indicadores de mortalidad materna e infantil , el distrito de Corozal es una muestra de ello; teniendo en cuenta que las tasas han tenido un incremento con respecto al año anterior, por lo que consideramos que su sistema de trabajo debe estar encaminado a reducir las mismas, teniendo como base de esta pirámide la atención a la embarazada, donde aún existen dificultades en su seguimiento, lo cual nos motivó a la realización de esta investigación, de esta manera hacemos una propuesta de estrategia para mejorar la organización de la atención prenatal, y de esta forma disminuir los indicadores del programa.

## OBJETIVOS

Objetivo general:

- ✚ Determinar el comportamiento epidemiológico de la atención prenatal en el distrito Corozal, Belice, en los períodos Enero a Noviembre de 2009 y Enero a Noviembre de 2010.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar el comportamiento de las siguientes variables relacionadas con la atención prenatal:
  - Edad
  - Tiempo de gestación a la captación
  - Controles prenatales
  - Exámenes complementarios
  - Enfermedades asociadas al embarazo
2. Determinar el comportamiento de los indicadores que se establecen en el programa materno infantil en Belice.
3. Diseñar una Estrategia de Intervención para mejorar la organización de la atención prenatal.

## MARCO TEÓRICO

La Atención Prenatal son las acciones de salud que reciben las gestantes a través del Sistema Nacional de Salud, su propósito es lograr una óptima atención en salud para todas las gestantes, y que permita obtener un recién nacido vivo, sano, de buen peso y sin complicaciones maternas, y tiene la cobertura más ancha de esta pirámide en la atención primaria de salud, en el caso de nuestro país,<sup>15</sup> sin embargo en Belice la atención a las gestantes descansa en el personal de enfermería.

Entre sus objetivos principales está, lograr que ninguna mujer fallezca a causa de una gestación; disminuir la morbilidad y mortalidad perinatales , incluyendo el bajo peso al nacer y las secuelas de la hipoxia intrauterina; la premisa fundamental de la atención prenatal es la captación precoz, en el primer trimestre del embarazo, por las ventajas que esta captación temprana nos proporciona para nuestro trabajo, ya que nos permite detectar afecciones crónicas asociadas al embarazo para poder brindarle la atención médica especializada y una mayor frecuencia de controles prenatales, en caso de ser necesario también se puede valorar con la pareja la conveniencia de una interrupción de la gestación hasta lograr que se compense de su patología crónica; también le permite al médico precisar con mayor exactitud el tiempo de gestación, conocer las cifras basales de la tensión arterial, realizar la valoración ponderal y clasificación del grado nutricional de cada gestante para de esta forma prevenir el bajo peso y la enfermedad hipertensiva de la gestación, así como valorar psicosocialmente a la gestante y su familia para ver el grado de aceptación de esta gestación.<sup>15</sup>

La consulta de captación de la gestante es de todas la más importante, porque en ella el médico debe ser capaz de detectar mediante el interrogatorio y el examen físico los riesgos que la gestante puede presentar e iniciar entonces la profilaxis de los mismos. La educación de la gestante debe comenzar desde

esta primera consulta, y uno de los objetivos es lograr que todas aumenten de peso, pero de acuerdo con el índice de masa corporal, el cual no debe ser en forma brusca después de las 20 semanas, considerando que el aumento de peso debe ser como mínimo de 8 kg durante toda la gestación, aunque hay que tener en cuenta que este incremento de peso siempre comienza después del primer trimestre de la gestación por la sintomatología presente al inicio del embarazo; si dicho aumento es escaso entonces se corre el riesgo de obtener un recién nacido bajo peso al nacer, y si es exagerado estará presente el riesgo de macrosomía fetal o de enfermedad hipertensiva gestacional.<sup>15</sup>

Otro de los aspectos a valorar en la captación, y de gran importancia, es la curva de tensión arterial, con el objetivo de detectar los trastornos hipertensivos del embarazo, en este caso la profilaxis debe estar encaminada a detectar en el terreno a las pacientes de riesgo: menores de 20 años o mayores de 35 años, nulíparas, APF de hipertensión, bajo peso u obesas, y patrones culturales bajos; brindarles educación nutricional; detectar a tiempo los signos iniciales y las formas leves de la enfermedad, así como el ingreso de la gestante para precisar su diagnóstico y la educación sanitaria.<sup>15</sup>

La atención prenatal en Cuba se comienza y realiza en más del 95 % del total de embarazadas en el consultorio del médico de la familia, y la periodicidad de consultas debe abarcar un mínimo de 8 controles, los cuales se complementan con las visitas de terreno que realizará su médico y enfermera de la familia. En el nivel secundario las gestantes se atenderán en consultas especializadas de acuerdo con su enfermedad crónica.<sup>15</sup>

Muchas de las gestantes también son atendidas en los hogares maternos, los cuales fueron creados con el objetivo de ingresar a aquellas gestantes con riesgo de prematuridad, en caso necesario, para mejorar su estado nutricional y lograr un buen reposo, también en el caso de las que viven en zonas de difícil acceso para esperar su parto; estos hogares llevan fundamentalmente implícito un trabajo educativo en los diferentes aspectos de salud.<sup>15</sup>

Existen patologías asociadas al embarazo, como la hipertensión inducida por el embarazo (HIE), que es considerada por la OMS como un programa prioritario de salud en el mundo, por lo que la atención del médico de familia debe estar dirigida a descubrir el terreno de riesgo.<sup>16</sup>

Bajo la expresión de trastornos hipertensivos de la gestación se agrupan una extensa gama de procesos que tienen en común la existencia del signo de la hipertensión.

Estos trastornos hipertensivos constituyen un problema de salud, la primera causa de muerte materna en los países desarrollados y la tercera causa de muerte materna en los países en vía de desarrollo, lo cual representa 4 defunciones x 100 000 nacimientos y 150 o más defunciones x 100 000 nacimientos, respectivamente, su incidencia está estimada en el rango de 10 a 20%, aunque se han reportado cifras inferiores, y superiores también, diferencias que están dadas por las distintas regiones, razas y factores socio-económicos y culturales. En Estados Unidos su incidencia varía entre 1.6 a 12.6%, lo cual contrasta con las de países del tercer mundo donde llegan a alcanzar hasta el 40%. Son también causa de muerte fetal y neonatal, así como de recién nacido (RN) con bajo peso al nacer, hipóxico, con Apgar bajo, pretérmino.<sup>16,17</sup>

La preeclampsia constituye junto la hemorragia y la infección una de las principales causas de muerte materna en el mundo entero y la primera en países latinoamericanos como Ecuador y Paraguay.

El 18 % de las 1 450 muertes maternas que hubo en Estados Unidos entre 1987-1990 fueron complicaciones de hipertensión relacionadas con el embarazo.<sup>17,18</sup>

En Cuba se plantea una incidencia entre 10-20 %. En los países en vías de desarrollo la incidencia ascendió en el año 2000 a un 40 %.<sup>17-19</sup>

La preeclampsia aparece preferentemente en el primer embarazo o en embarazos con un nuevo cónyuge; disminuye su frecuencia después de métodos anticonceptivos de barrera, lo cual sugiere un componente inmunitario.

20-22

Algunos autores destacan que hasta el momento no existe ninguna medida capaz de prevenir la preeclampsia y que un control prenatal adecuado y periódico sólo ofrece la ventaja del diagnóstico temprano y en consecuencia un tratamiento oportuno, por lo que las acciones de salud deben estar dirigidas a modificar los factores de riesgo y de esta forma pueden contribuir a una disminución en la incidencia de la enfermedad.<sup>23</sup>

Las infecciones del tracto genital a su vez también constituyen un factor de vital importancia en la determinación de los resultados obstétricos, especialmente en los países en vías de desarrollo, en los que su prevalencia es muy alta. Se asocian a numerosas complicaciones obstétricas como aborto espontáneo, mortalidad perinatal, bajo peso al nacer, endometritis posparto y secuelas en los neonatos sobrevivientes.<sup>24</sup>

Entre las causas fundamentales relacionadas con el bajo peso al nacer se encuentran las infecciones vaginales. El bajo peso al nacer constituye uno de los principales problemas de salud, siendo de los principales problemas obstétricos actuales en Cuba y en el resto del mundo, por la repercusión que tiene en la mortalidad infantil y por las secuelas que puede producir pues está relacionado con más del 75 % de la mortalidad perinatal. Esta complicación repercute negativamente sobre la morbimortalidad infantil. En Cuba ha existido una lucha constante para lograr una reducción del BPN, se han establecido acciones en el programa materno-infantil; a partir del año 1989 y se confeccionó un subprograma específico.<sup>25-28</sup>

Otra de las preocupantes en cuanto a morbilidad y mortalidad lo constituye el embarazo en la adolescencia, definiéndose como aquella gestación que tiene lugar durante la etapa de la adolescencia, que ocurre en mujeres desde la menarquia hasta los 19 años de edad, independientemente de la edad

ginecológica, existiendo un incremento en la morbilidad en adolescentes con 15 años o menos, mientras que para las adolescentes intermedias y tardías los riesgos son menores, y estarán relacionados fundamentalmente con los factores psicosociales, ambientales y familiares. En el período del parto se presentan

problemas relacionados con la presentación y posición fetal, relacionado con un desarrollo incompleto de la pelvis, lo cual provoca incapacidad del canal del parto para el paso del polo cefálico, incrementándose de esta manera los partos distócicos, además como consecuencia también del desarrollo incompleto y de la estrechez del canal blando se producen complicaciones traumáticas, lo cual implica un alto riesgo de lesiones como los desgarros y una mayor probabilidad de hemorragias e infecciones. Cuba es una de las naciones que se encuentra con una elevada tasa de fecundidad y proporción de nacimientos en mujeres adolescentes con cifras de hasta 16%.<sup>29</sup>

Los indicadores de mayor importancia y que son considerados para medir el nivel socio-económico y el estado de salud de la población de un país son La tasa de mortalidad infantil y La mortalidad materna, pues se relacionan con diferentes aspectos; sociales, culturales y económicos.<sup>30,31</sup>

Ejemplo de ello, Argentina, quien tiene la mayor tasa de mortalidad infantil de los últimos 20 años en su país, la cual se mantiene alta, 12,2 por mil nacidos vivos.

<sup>18</sup> Sin embargo, algunos países africanos a pesar de haber reducido a la mitad su tasa de pobreza en las últimas dos décadas han tenido un incremento en la mortalidad infantil, tal es el caso de Etiopía, Egipto y Angola.<sup>32,33</sup>

En los últimos años en la región de las Américas se ha observado una disminución en las cifras de mortalidad infantil.<sup>31</sup> Venezuela es uno de esos países, en el cual la tasa de mortalidad infantil antes de la llegada del gobierno revolucionario estaba en 24,1 y luego comenzó a descender en forma progresiva, actualmente se ubica en 14 por cada mil nacidos y continúa en descenso.<sup>34</sup>

El país que registra la mortalidad infantil más baja en toda América es Cuba, seguido de Canadá y Estados Unidos a bastante distancia. Cuba registró en el 2009 una tasa de mortalidad infantil de 4,8 por cada 1.000 nacidos vivos. Canadá tenía un índice de 6, mientras Estados Unidos reportó una tasa de mortalidad de 7 el año anterior, al igual que Chile.<sup>35-37</sup>

En Cuba, antes del triunfo de la revolución, la tasa de mortalidad infantil era de 70 por cada 1000 nacidos vivos, en estrecha relación con la situación económico-social imperante. Con las medidas tomadas por la revolución, hoy en día Cuba posee una tasa de mortalidad infantil baja y muestra logros relevantes en la reducción de la mortalidad infantil que la sitúan en primer lugar entre los países del tercer mundo.<sup>16</sup> Cuba reportó una tasa de mortalidad infantil en el 2010 de 4,5 niños menores de un año fallecidos por cada 1.000 nacimientos, con 4,9 Sancti Spíritus se ubica entre las mejores provincias cubanas en la tasa de mortalidad infantil en el año recién finalizado.<sup>36,37</sup>

En el caso de la muerte materna, afecta directamente la estabilidad familiar y de los miembros de la comunidad que han tenido relación con ella, puede causar consecuencias negativas a la nación y a la población, sobre todo si se tiene en cuenta que un número de ellas son previsibles. La OMS define la muerte materna como la defunción que ocurre por cualquier causa durante el embarazo, el parto y hasta cumplidos los 42 días del puerperio, independientemente de la duración y localización del embarazo. Puede considerarse que las principales causas de muerte materna son: la hemorragia, la sepsis, el aborto y la enfermedad hipertensiva durante el embarazo.<sup>38</sup>

El indicador muerte materna también se encuentra afectado en varios países, en el caso de Bolivia en el año 2003 la tasa fue de 229 fallecidas por 100 000 nacidos vivos, mientras en el 2010 se incrementó a 310 los fallecimientos.<sup>39</sup> La mortalidad materna en Venezuela se ubica en 330 fallecimientos por cada 550 mil niños nacidos vivos.<sup>34</sup> En Cuba el pasado año, una de las provincias con más baja tasa de mortalidad materna fue Cienfuegos, con 3.7, solo precedida por Villa Clara y Holguín.<sup>40</sup> En Belice la muerte materna se comportó en los

últimos años muy elevada, hace aproximadamente 3 años se encuentra en descenso, sin embargo aún está comprometido este indicador en el país. <sup>14</sup>

De acuerdo con la identificación de los múltiples factores relacionados con la mortalidad materna, se han elaborado en nuestro país una serie de estrategias para enfrentar el problema, comenzando por mejorar la atención de la mujer embarazada. Algunos de los aspectos en que se basan las estrategias son:

1. Mejoramiento de las condiciones socio-económicas de la población.
2. Igualdad de derechos de la mujer e implantación de leyes que le ofrecen protección legal, social y económica durante la maternidad.
3. Creación de los hogares maternos.
4. Desarrollo del nivel primario de atención a partir de 1984, con la implantación del sistema del médico y enfermera de la familia.
5. Desarrollo de un programa de planificación familiar, para educar a la población sobre los métodos de regulación de la fecundidad.
6. Despenalización del aborto, bajo ciertas circunstancias, y realización de la interrupción voluntaria del embarazo en instituciones hospitalarias por personal calificado.
7. Superación y actualización continuada de todo el personal vinculado con la atención de la salud reproductiva.

Estas y otras estrategias trazadas en nuestro país siguen siendo eficaces, pero aún falta para lograr el objetivo de reducir a cifras mínimas posibles tanto la mortalidad materna como la mortalidad infantil. <sup>38</sup>

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

Se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal, para determinar el comportamiento epidemiológico de la atención prenatal en el distrito de Corozal, en los períodos comprendidos desde Enero a Noviembre de 2009 y Enero a Noviembre de 2010.

La muestra coincidió con el universo de estudio, el cual estuvo constituido por 859 y 820 gestantes en el 2009 y 2010 respectivamente.

La recolección de la información se realizó a través del Reporte Oficial Estadístico de Salud Materno Infantil y el Registro de Nacimientos. Los datos fueron recogidos y procesados por la autora de la investigación.

El procesamiento y análisis de la información se realizó de forma computarizada, a través del sistema Excel de Microsoft Office 2007. Los resultados obtenidos se presentaron en tablas de distribución y frecuencia por el método porcentual.

Para darle salida al objetivo propuesto las variables estudiadas fueron: edad, captación de embarazo, controles prenatales, exámenes complementarios, afecciones asociadas al embarazo e indicadores de salud materno infantil.

## DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Independiente Cuantitativa continua	10 a 14 años 15 a 19 años 20 a 24 años 25 a 34 años	Según años cumplidos	Número y porcentaje según grupo de edad
Captación de embarazo	Independiente Cualitativa ordinal	Precoz Tardía	Según edad gestacional al acudir a la primera consulta.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Controles prenatales	Independiente Cualitativa nominal	Captación Total de controles Promedio de controles	Según el seguimiento en consulta y visitas realizadas	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Exámenes Complementarios	Independiente Cualitativa nominal	VIH 1er y 2do VDRL 1era y 2da Hb Electroforesis de Hb Orina	Según datos consignados en la tarjeta de la gestante	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Enfermedades asociadas al embarazo	Independiente Cualitativa nominal	Infección urinaria Infección vaginal Anemia Preeclampsia Eclampsia Hipertensión Diabetes Gestacional Amenaza de parto pretérmino Sangramientos	Según datos consignados en la tarjeta de la gestante	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

		de la primera y segunda mitad Sífilis VIH Enfermedad Cardíaca		
Indicadores de Salud Materno infantil	Dependiente Cuantitativa continua	Tasa de mortalidad infantil Tasa de mortalidad materna Recién nacidos bajo peso al nacer Recién nacidos pretérmino	Según datos consignados en el Registro de nacimientos	Número y tasa según nacidos vivos

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla # 1: Distribución de gestantes según grupos etáreos. Distrito Corozal. Belice.

Grupos etáreos	2009		2010	
	No	%	No	%
10 - 14	9	1	5	0.6
15 - 19	199	23.2	210	25.6
20 - 24	291	33.9	274	33.4
25 - 34	301	35	265	32.3
35 años y más	59	6.9	66	8.0
<b>Total</b>	<b>859</b>	<b>100</b>	<b>820</b>	<b>100</b>

Fuente: Reporte Estadístico de Salud Materno Infantil

En la tabla 1 se muestra la distribución de gestantes según grupos de edad, al establecer comparación de ambos años se pudo observar que en el 2009 la mayoría de las embarazadas eran del grupo de edad de 25 a 34 años, mientras en el 2010 predominó el grupo de edad de 20 a 24 años, sin embargo en el 2010 con respecto al año anterior hubo un incremento del embarazo en mujeres mayores de 35 años, así como en las adolescentes, a expensas de las gestantes de 15 a 19 años, siendo ambos grupos de alto riesgo; este resultado coincide con otros estudios realizados, como el caso de Estados Unidos que tiene el nivel más alto de embarazos en adolescentes, la mayor tasa del mundo está en el África Subsahariana, mientras que Europa, Japón y Corea del Sur tienen las más bajas. <sup>41</sup>

Tabla # 2: Distribución de gestantes según tiempo de gestación a la captación. Distrito Corozal. Belice.

Captación del embarazo	2009		2010	
	No	%	No	%
Precoz	211	24.6	258	31.5
Tardía	648	75.4	562	68.5
<b>Total</b>	<b>859</b>	<b>100</b>	<b>820</b>	<b>100</b>

Fuente: Reporte Estadístico de Salud Materno Infantil

En la tabla 2 se reflejan las captaciones de embarazo según el tiempo de gestación, tal y como se refleja hubo una disminución en el 2010 con respecto al 2009, y un incremento de las captaciones precoces, sin embargo más del 65% de las captaciones continúan siendo tardías, estudio este que contrasta con los realizados en nuestro país, donde casi la totalidad de las embarazadas son captadas precozmente, ejemplo de ello un estudio realizado en el Municipio San Miguel del Padrón, donde más del 87 % de las gestantes fueron captadas tempranamente.<sup>42</sup> Por este motivo debemos continuar nuestra labor de promoción para mejorar este indicador, ya que a partir de la captación se deriva todo lo relacionado con el seguimiento de la gestante. Además, con la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo aumenta la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso.

Tabla # 3: Controles prenatales realizados. Distrito Corozal. Belice.

Controles prenatales	2009	2010
Captaciones	859	820
Total de controles	4952	4117
Promedio de controles	5.7	6

Fuente: Reporte Estadístico de Salud Materno Infantil

En la tabla 3 se pudo observar una disminución de las captaciones de embarazo en el 2010 con respecto al 2009, sin embargo el promedio de controles a la gestante se comportó de forma similar en ambos períodos, lo cual se considera insuficiente según lo establecido en sus protocolos, ya que deben realizársele como mínimo un total de 8 controles durante el embarazo, este resultado se debe al alto porcentaje de captaciones tardías que se realizan, motivo por el cual la gestante no llega a recibir la totalidad de controles que le corresponden.

Tabla # 4: Exámenes complementarios realizados a la gestante. Distrito Corozal. Belice.

Exámenes Complementarios	2009		2010	
	No	%	No	%
VIH 1er	806	93.8	813	99.1
VIH 2do	353	41	457	55.7
Serología 1era	853	99.3	817	99.6
Serología 2da	367	42.7	458	55.8
Hemoglobina	845	98.3	817	99.6
Electroforesis de Hemoglobina	231	26.8	469	57.1
Orina	747	86.9	784	95.6

Fuente: Reporte Estadístico de Salud Materno Infantil

En la tabla 4 se reflejan los exámenes complementarios realizados a la gestante en su captación, así como el seguimiento de la Serología y el VIH; al comparar los resultados se pudo observar que existe un incremento en la realización de estos exámenes con respecto al año anterior a pesar de la disminución del total de captaciones, no obstante continua sin realizársele los complementarios al 100% de las gestantes, lo cual es fundamental para la valoración del riesgo de las mismas.

Tabla # 5: Distribución de las gestantes según enfermedades asociadas durante el embarazo. Distrito Corozal. Belice.

Causas	No Casos 2009	No Casos 2010
Infecciones tracto urinario	738	360
Infección vaginal	282	446
Anemia	169	111
Preeclampsia	117	34
Hipertensión	52	57
Diabetes gestacional	25	14
Amenaza parto pretérmino	20	10
Sangramientos 1era mitad	12	22
Sangramientos 2da mitad	-	8
Eclampsia	2	-
Sífilis. Caso nuevo	2	-
VIH. Caso nuevo	2	-
Enfermedad Cardíaca	-	2

Fuente: Reporte Estadístico de Salud Materno Infantil

En la tabla 5 se refleja que de las enfermedades asociadas al embarazo las Infecciones del tracto urinario y la Infección vaginal son las más frecuentes; sin embargo las infecciones vaginales, los sangramientos y la hipertensión arterial incrementaron el número de casos con respecto al año anterior, no siendo así con las infecciones urinarias y el resto de las causas, en las cuales hubo una disminución; este resultado coincide con estudios realizados en nuestro país, donde la infección vaginal es una de las principales enfermedades asociadas al embarazo, y a su vez un factor importante en la génesis del parto pretérmino y del recién nacido bajo peso.

Tabla # 6: Indicadores de Salud Materno Infantil. Distrito Corozal. Belice.

Indicador	2009	2010
Tasa de Mortalidad Infantil	8.7 x 1000 nacidos vivos	9.5 x 1000 nacidos vivos
Tasa de Mortalidad Materna	-	-
Recién nacidos Bajo Peso	3.9 x 100 nacidos vivos	6.1 x 100 nacidos vivos
Recién nacidos pretérmino	2.4 x 100 nacidos vivos	7.1 x 100 nacidos vivos

Fuente: Registro de nacimientos.

En la tabla 6 se muestran algunos indicadores de la Salud Materno Infantil en el distrito de Corozal en los años 2009 y 2010, donde se observa que la mortalidad materna se mantiene en 0, sin embargo hay un incremento del resto de los indicadores con respecto al año anterior, se debe señalar que en el 2010 hubo 36 nacimientos menos que en el 2009, pero aumentaron los bajo peso, así como los recién nacidos pretérmino, motivo por el cual incrementaron las tasas; en el caso de los fallecidos menores de un año, el comportamiento fue similar, con un total de 4 en ambos períodos.

## **CONCLUSIONES**

Existe un incremento del embarazo en la adolescencia en el 2010 comparado con el año anterior; el mayor número de las captaciones de embarazo se realizaron tardíamente en ambos períodos por lo que el promedio de controles fue insuficiente, no se realizan los complementarios de la captación a la totalidad de las gestantes; constatándose así un seguimiento inadecuado de las mismas.

De las enfermedades asociadas al embarazo, las Infecciones Urinarias y Vaginales fueron las que predominaron, con un incremento de los Sangramientos, Infección Vaginal e Hipertensión Arterial con respecto al año anterior.

Hubo un incremento de los indicadores del programa materno infantil en el distrito de corozal con respecto al año anterior.

## **DISEÑO DE ESTRATEGIA A DESARROLLAR PARA MEJORAR LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL:**

La propuesta de Estrategia para mejorar la organización de la atención prenatal que se presenta a continuación es producto de un estudio realizado en el distrito de Corozal con la colaboración de la Brigada Médica Cubana.

### **Escenarios y tendencias para el desarrollo de la estrategia:**

El Hospital de Corozal se encuentra ubicado en el distrito Corozal, dirigido por la Región norte del país, cuenta con una brigada médica cubana conformada por 7 especialistas de MGI, un obstetra, un epidemiólogo, un pediatra y un técnico de Rayos X, además del personal de enfermería y promotoras de salud ubicadas en cada una de las aldeas, dirigidas a su vez por una responsable del programa materno infantil (enfermera) y el departamento de Promoción de Salud a nivel de hospital, regidas por el director, un jefe de grupo médico y jefe de enfermeros. Cuenta con un laboratorio con tres técnicos donde se extraen y procesan las muestras, excepto algunas de tecnología avanzada que se analizan a nivel del Hospital en la Región Central, y una farmacia con tres técnicos con su cuadro básico de medicamentos, que es quien abastece a las diferentes aldeas con una periodicidad mensual.

### **Caracterización y diagnóstico:**

Previo al diseño de la estrategia nos reunimos con el jefe del programa materno infantil para recolectar la información relacionada con el manejo de programa en el país, para ello se revisaron los reportes estadísticos, y en el departamento de estadística los registros de nacimientos para a partir de los resultados obtenidos realizar un diagnóstico de la situación actual del programa.

Detectamos que a pesar de ellos tener elaborado un informe estadístico y su respectiva base de datos aun a este informe le falta incorporar algunos datos relacionados con la atención prenatal y que son de vital importancia, además de no darle seguimiento al programa a nivel de las aldeas con la supervisión del trabajo de enfermería.

De este diagnóstico se deriva el problema:

- Falta de organización del programa materno infantil, relacionado con la atención prenatal, derivándose de ello elevados indicadores.

## **Proyecciones: Objetivos estratégicos, acciones y resultados propuestos.**

Objetivo General:

Desarrollar mecanismos integradores que contribuyan a mejorar la atención prenatal en el distrito.

Objetivos estratégicos:

1. Establecer los mecanismos y espacios necesarios para lograr una mejor organización en la atención prenatal.
2. Diseñar programa de capacitación para el proceso.
3. Reducir los indicadores de salud materno infantil, relacionado con:
  - Mortalidad infantil
  - Mortalidad materna
  - Bajo peso al nacer
  - Recién nacido pretérmino

### **Espacios para compartir la información.**

Se han identificado y se proponen puntos de encuentro en donde compartir, debatir y reflexionar sobre el tema de la atención prenatal.

#### **Puntos de encuentro a considerar son:**

- Consejo de dirección.
- Reunión del programa.
- Reuniones con los jefes de departamento.

#### **Otras consideraciones**

Para lograr el cumplimiento de los objetivos definidos se deberá garantizar:

1. Cobertura médica por cada aldea de difícil acceso unido al personal de enfermería, con su stock de medicamentos, el cual será distribuido con una periodicidad mensual.
2. En el resto de las aldeas se garantizara la atención de enfermería con sus medicamentos.
3. Prioridad de las gestantes para la realización de complementarios a nivel hospitalario.
4. Un obstetra disponible para las interconsultas de evaluación y reevaluación de las gestantes, dándole prioridad a las zonas de difícil acceso.

## **PLAN DE ACCIÓN:**

### 1. Incrementar el porcentaje de captación precoz en el embarazo:

- Desarrollar un programa educativo con el objetivo de promoción y prevención de la salud de la embarazada.
- Programa de charlas sobre la importancia de la captación precoz así como de los controles durante la gestación.

### 2. Mejorar el control y seguimiento de la embarazada:

- Incremento del porcentaje de captaciones tempranas en el embarazo.
- Incrementar el promedio de controles por embarazada.
- Diseñar un mecanismo de control y seguimiento de la embarazada para dar cumplimiento a los controles establecidos.
- Evaluación y reevaluación del riesgo de la gestante por el obstetra.
- Seguimiento diferenciado de la gestante según su condición de riesgo.
- Capacitación del personal que trabaja directamente en la atención prenatal por parte del Ginecobstetra, relacionado con el manejo adecuado de la gestante.
- Crear un equipo multidisciplinario que garantice la atención adecuada de la gestante con patología asociada.
- Control adecuado del riesgo reproductivo preconcepcional.
- Seguimiento y control adecuado de las puérperas.

- 3 Establecer previa coordinación con el Ministerio de Salud, una programación de charlas encaminadas a disminuir el embarazo en la adolescencia.
- 4 Supervisión con una periodicidad mensual a cada uno de los enfermeros que ejecutan el programa materno infantil a nivel de las aldeas.
- 5 Reunión del programa materno infantil, con una periodicidad establecida cada 15 días con los factores involucrados: responsable del programa materno infantil, de vacunación, de citología, jefe de farmacia, de laboratorio, jefe del departamento de promoción de salud, jefe de grupo médico y el director; con el objetivo de monitorear y evaluar los indicadores por cada uno de los subprogramas, así como identificar los problemas por cada aldea para darle solución.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. La Habana: Ediciones Unión, 1996; t 1:1-4.
2. Atención prenatal. [Actualizado el 29 de Diciembre de 2010]. Disponible en: <http://www.es.wikipedia.org/wiki>
3. Control Prenatal. [Actualizado el 29 de Diciembre de 2010]. Disponible en: [http://www.escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/control\\_prenatal](http://www.escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/control_prenatal).
4. Oliva Rodríguez JA. Temas de Obstetricia y Ginecología.
5. Jiménez Cangas L, Báez Dueñas RM, Pérez Maza B, Reyes Álvarez I. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud [artículo en línea]. Rev Cubana Salud Pública 1996; 22(1):15-16.
6. Díaz Novás J, Gallego Machado BR. Algunas ideas y reflexiones sobre la atención primaria y el Médico de Familia [artículo en línea]. Rev Cubana Med Gen Integr 2004; 20(5-6).
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana (1992 - 2000). La Habana: MINSAP, 1992:1-18.
8. Aldereguía J. Hacia un enfoque sociohigiénico integral del estado de salud de la población. Rev Finlay 1991; 5(4):466-74.
9. Programas Nacionales. [Actualizado el 12 de Diciembre de 2010]. Disponible en: <http://www.tecnosuma.com/ProgramasNacionales.htm>
10. Indicadores en salud. VRL disponible en: [escuela.med.puc.cl/recursos/.../insintrod6.htm](http://escuela.med.puc.cl/recursos/.../insintrod6.htm)
11. Belizán J. Tenemos un reto, cumplámoslo. Rev Salud Perinat 2001; 19:1

12. Belize statistics. [Actualizado el 13 de Enero de 2011]. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/>.
13. Mortalidad materna. [Actualizado el 13 de Enero de 2011]. Disponible en: [http://www.who.int/OMS/centro de prensa](http://www.who.int/OMS/centro_de_prensa).
14. Belize. [Actualizado el 12 de Enero de 2011]. Disponible en: <http://www.eclac.cl>.
15. Santiesteban S. Atención Prenatal. En: Rigol Ricardo O, Editorial Ciencias Médicas. Obstetricia y Ginecología. La Habana; 2006.p.79-84.
16. Álvarez PL, Acosta R. Hipertensión y Embarazo. En: Rigol Ricardo O, Editorial Ciencias Médicas. Obstetricia y Ginecología. La Habana; 2006.p. 127, 131.
17. Williams Obstetricia. Trastornos hipertensivos del embarazo 21ed. Buenos Aires: Panamericana; 2005. p. 489-532.
18. Infante Ricard Y, Avello Faura M, Apiao Brito S, Pérez Piñeda M, Isaac González M. Hipertensión arterial en el embarazo: algunos aspectos epidemiológicos: 2do. semestre de 2004. Rev Electrón Zoilo Marinello Vidaurreta. Ene-mar 2007;32(1). [consultado 21 May 2009]. Disponible en: [http://www.ltu.sld.cu/revista/index\\_files/articles/2007/ene-marz07/ene-mar2007\\_5.htm](http://www.ltu.sld.cu/revista/index_files/articles/2007/ene-marz07/ene-mar2007_5.htm)
19. WHO Study Group. The hypertensive disorders of pregnancy. Geneva: WHO, 1987: (Technical Report Serie; 758).
20. World Health Organization. Internacional Colaborative Study of Hypertensive Disorders of Pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1988; 158:80-3.
21. Programa Nacional. Prevención. Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública, Marzo de 1998.
22. Chesley LE. Trastornos hipertensivos en el embarazo. En: Hellman LM, Pritchard JA, eds. Williams Obstetrics. Traduc 14ª de. Salvat Edit.

23. Gómez Sosa E, Miró Maceo M, Alcalde MT. Hipertensión crónica moderada, medicación antihipertensiva y resultados maternos y perinatales. Rev Cubana Med Gen Integr 1994;10(4):340-3.
24. Mullick S, Watson-Jones D, Beksinka M, Mabey D. Sexually Transmitted Infections in Pregnancy: Prevalence, Impact on Pregnancy Outcomes, and Approach to Treatment in Developing Countries. Sexually Transmitted Infections. 2005;81(4):294-302
25. Cabrales Escobar J, Saenz Darias L, Grau Espinosa M, de Rojas Castañeda L, González Herrera Y, Pina García N, et al. Factores de riesgo del bajo peso al nacer en un hospital cubano, 1997-2000. Rev Panam Salud Pública [serie en Internet]. 2002 [citado 20 Ago 2010];12(3): [aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892002000900006&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000900006&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
26. Leal Soliguera M. Comportamiento del bajo peso al nacer y repercusión sobre la mortalidad infantil en el quinquenio 2001-2005. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet]. 2009 [citado 20 Ago 2010];35(4): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v35n4/gin11409.pdf>
27. Monsreal J, Barrera Pérez M, Trujillo Trujillo X, Huerta Viera M, Trujillo Hernández B. Evaluación de los pesos específicos de factores de riesgo en el bajo peso al nacer en la ciudad de Mérida, Yucatán, México. Estudio de casos y controles. Rev Sal Pub Nut [serie en Internet]. 2008 [citado 20 Ago 2010];9(4):[aprox. 16 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut /spn-2008/spn084f.pdf>
28. Velázquez Quintana N, Masud Yunes Zárraga J, Ávila Reyes R. Recién nacidos con bajo peso; causas, problemas y perspectivas para el futuro. Bol Méd Hosp Infant Méx [serie en Internet]. 2004 [citado 20 Ago 2010];61(1): [aprox. 24 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462004000100010&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462004000100010&lng=es&nrm=iso)

29. Pelaez J. Ginecología Infanto-Juvenil. En: Rigol Ricardo O, Editorial Ciencias Médicas. Obstetricia y Ginecología. La Habana; 2006.p.417, 421,422.
30. Indicadores en salud. VRL disponible en: [escuela.med.puc.cl/recursos/.../insintrod6.htm](http://escuela.med.puc.cl/recursos/.../insintrod6.htm)
31. Belizán J. Tenemos un reto, cumplámoslo. Rev Salud Perinat 2001; 19:1
32. Argentina: Mortalidad infantil en peor nivel en 20 años. [Actualizado el 21 de Diciembre de 2010]. Disponible en: [http:// www.NoticiasMexico.Info](http://www.NoticiasMexico.Info).
33. Aumenta la mortalidad infantil en África. VRL disponible en: Cubadebate.
34. Mortalidad infantil en Venezuela se ubica en 14% por cada mil nacidos. . [Actualizado el 2 de Enero de 2011]. Disponible en: [http:// www.NoticiasMexico.Info](http://www.NoticiasMexico.Info)
35. Mortalidad infantil en Uruguay. VRL disponible en: [uimpi.net/entry/noticia/.../mortalidad-infantil-en-uruguay.html](http://uimpi.net/entry/noticia/.../mortalidad-infantil-en-uruguay.html)
36. Cuba reporta su tasa de mortalidad infantil más baja en 2010. VRL disponible en: [espanol.news.yahoo.com/.../portada\\_salud\\_cuba](http://espanol.news.yahoo.com/.../portada_salud_cuba) - Estados Unidos.
37. Sancti Spíritus con mortalidad infantil del primer mundo. [Actualizado el 12 de Enero de 2011]. Disponible en: [http:// www.escambray.cu/](http://www.escambray.cu/).
38. Cabezas E, Castell J, Farnot U. Mortalidad materna y Perinatal.. En: Rigol Ricardo O, Editorial Ciencias Médicas. Obstetricia y Ginecología. La Habana; 2006.p. 243,244 y 246.
39. La mortalidad materna aumenta aunque la de los niños se reduce. [Actualizado el 15 de Enero de 2011]. Disponible en: [http:// www.larazon.com/](http://www.larazon.com/).
40. Baja tasa de mortalidad materna. [Actualizado el 16 de Enero de 2011]. Disponible en: [http:// www.trabajadores.cu/](http://www.trabajadores.cu/).
41. Embarazo adolescente. [Actualizado el 12 de Enero de 2011]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/>.

42. Factores asociados a las captaciones tardías del embarazo en el Policlínico Docente Bernardo Posse. [Actualizado el 12 de Enero de 2011]. Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/>.
43. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer. [Revisado el 12 de Enero de 2011]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/>.



