

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES  
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA,  
NUTRICION Y TECNOLOGIA MÉDICA**

**UNIDAD DE POSTGRADO  
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA MENCION GERENCIA  
EN SALUD**



**CAUSAS QUE DETERMINAN LA INASISTENCIA  
CONTINUA DE LAS GESTANTES A CONTROL  
PRENATAL EN EL HOSPITAL WALTER KHON  
ORURO BOLIVIA 2006**

Tesis de grado para optar el título Magíster Scientiarum en  
Salud Pública Mención Gerencia en Salud

**POSTULANTE:** Dra. Erodita Patzi López  
**TUTOR:** Dr. Rudy Soria

**LA PAZ – BOLIVIA  
2008**

### **AGRADECIMIENTO.**

*Agradezco en primer lugar a Dios por haberme permitido culminar el presente trabajo de investigación y de manera muy especial a mi mamá por brindarme el apoyo incondicional, a mis docentes de Postgrado por haberme instruido sus conocimientos y experiencias.*

***DEDICATORIA.***

*Dedico este trabajo de investigación a mi familia Y  
en especial a mi hijo Anthony José*

# INDICE

I INTRODUCCIÓN.....	1
II OBJETIVOS.....	6
A. OBJETIVO GENERAL.....	6
B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
III JUSTIFICACIÓN.....	8
IV MARCO TEÓRICO.....	10
A.- CONTROL PRENATAL.....	15
Precoz.....	16
Periódico.....	16
Completo.....	16
Extenso.....	16
B.- EMBARAZO DE ALTO RIESGO.....	17
Factores de riesgo previos al embarazo.....	17
Características de la madre.....	17
Problemas en un embarazo previo.....	18
Alteraciones estructurales.....	20
Historia familiar.....	21
Factores de riesgo durante el embarazo.....	21
Exposición a teratógenos.....	21
Problemas médicos.....	22
C.- EDUCACION MATERNA.....	23
V HIPOTESIS.....	23

<b>VI DISEÑO METODOLÓGICO.....</b>	<b>24</b>
<b>    Universo.....</b>	<b>24</b>
<b>    Tamaño de muestra.....</b>	<b>24</b>
<b>    Muestreo.....</b>	<b>24</b>
<b>    Instrumento.....</b>	<b>24</b>
<b>VI I RESULTADOS.....</b>	<b>24</b>
<b>VIII DISCUSION.....</b>	<b>35</b>
<b>IX CONCLUSIONES.....</b>	<b>37</b>
<b>X RECOMENDACIONES.....</b>	<b>38</b>
<b>XI BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>39</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>43</b>

## **RESUMEN**

### **OBJETIVO**

Determinar las causas de inasistencia de la gestante a control prenatal en el Hospital Walter-Khon Oruro 2006

### **MATERIAL Y METODO**

El estudio que se realizó es de tipo descriptivo, de corte transversal en gestantes del Hospital Walter-Khon, Oruro. E tamaño de la muestra esta representada por 196 embarazadas, de un universo de 395 que realizaron su primer control prenatal, para lo cual se utilizó el método de Loetz Flores. Estudio que se realizó en lapso de un mes en consulta externa, el muestreo fue al azar. El material utilizado fue el cuestionario.

### **RESULTADOS**

Del total de las gestantes encuestadas(196), el conocimiento sobre la importancia del control prenatal radica en el como esta el bebe en el 65%; la atención por el personal de salud es regular en el 45%, mal el 4%; la atención es de mal humor e indiferente respectivamente por el personal de admisión en el 23%, 10%; parte medica el 15%, 16%; en el servicio de enfermería es mínimo 5%, 6%; según el tiempo de espera, tardan mucho el 43%, del cual el 69% es por el numero elevado de pacientes; el41% no recibe explicación alguna sobre situación actual de la paciente; el 70% no recibe charlas educativas por el personal de salud, el 69% es examinada en forma incompleta.

### **CONCLUSIONES**

En conclusión: existe deficiente atención por el personal de salud en los servicios de salud de parte medica y enfermería, referente a la explicación sobre situación actual de la paciente en cada consulta, el examen físico de la gestante es en forma incompleta, las charlas educativas sobre temas concernientes a control prenatal, parto y puerperio también son deficientes. En e servicio de admisión y parte medica es deficiente,

porque les atienden de mal humor y con indiferencia, por otra parte existe demora en la atención por la demanda de pacientes. Finalmente el conocimiento sobre importancia del control prenatal por la gestante es deficiente, porque ellas indican que realizan su control, para saber como esta el bebe y no de ambos.

**PALABRAS CLAVES:** control prenatal-prevención, complicaciones gestantes SUMI

## **SUMMARY**

### **OBJECTIVE**

Determine the causes of absence to prenatal checking at Walter-Khon Hospital by the mother to be, Oruro 2006.

### **MATERIAL AND METHOD**

The study that took place is of the descriptive type, transversally divided in expecting mothers of Walter Khon Hospital - Oruro. The size of the sample is represented by 196 pregnant women, of a total of 395 who did their first prenatal care, for which the Loetz and Flores method was used. Study that took place for one month by external consultation, the sampling was at random. The material utilized was the questionnaire.

### **RESULTS**

Out of the total pregnant women surveyed (196), the knowledge of the importance of prenatal care takes root in how the baby is in 65%; the attention for the personnel is regular in 45%, poor in 4%; the attention is poor or relatively indifferent by the admissions personnel in 23%, 10%; by the doctor in 15%, 16%; in the infirmary it is minimal 5%, 6%; in regards to the waiting period, they take too long 43%, of which 69% is for the large quantity of patients; 41% do not receive any explanation about the current state of the patient; 70% do not receive educational speeches from the health personnel, 69% is examined incompletely.

### **CONCLUSION**

In conclusion, there exists deficient attention by the health personnel in the services provided by the doctors and nurses, in reference to the explanation about the current state of the patient in each consult, the physical examination of the pregnant woman is done incompletely, the educational speeches about concerning topics of prenatal care, birth, and time directly after birth are also deficient. In the service by the admissions

personnel and by the doctor it is also deficient, because the service is poor and with indifference, on the other hand there exists delays in the attention for the requests of the patients. Finally the knowledge about the importance of prenatal care by the expecting mother is deficient, because they indicate that they do their care, to know how the baby is and not both

## **KEY WORDS**

Prenatal care-prevention, birth complications SUMI

# **CAUSAS QUE DETERMINAN LA INASISTENCIA CONTINUA DE LAS GESTANTES A CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL WALTER KHON ORURO – BOLIVIA 2006**

## **I INTRODUCCIÓN**

El control prenatal no es mas que una serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño.

Sin embargo en el periodo del embarazo, muchas veces se producen complicaciones diversas, las que con un oportuno control prenatal pueden prevenirse o atenderse evitando riesgos, que muchas veces terminan en la muerte, ya sea de la madre o del feto o en el peor de los casos de ambos.

Actualmente cada día cobra más importancia en el campo de la obstetricia la vigilancia de la mujer durante el desarrollo del embarazo .Y la medicina preventiva es la más efectiva a la que podemos aspirar, y esto hace importante la vigilancia prenatal, ya que su función primordial es evitar que la gestación abandone los límites fisiológicos o bien, que al suceder esto, sean detectadas las alteraciones en sus fases iniciales para ofrecer tempranamente el tratamiento adecuado y con ello obtener madres y productos más sanos .

Por lo cual no existe duda, de que el control prenatal lo más pronto posible después de la concepción se asocia a mejores resultados del embarazo, sobre todo reduciendo aquellos problemas que conllevan a nacimientos de bajo peso, en una revisión de los factores de riesgo para muerte infantil menciona que intervenciones simples como el control prenatal, soporte social y servicios de educación serian las mejores estrategias para disminuir las muertes infantiles asociadas a prematurez y

sus complicaciones; su eficacia está disminuida en países subdesarrollados debido a factores culturales y diferencias en el acceso a servicios de salud.

Según la OMS entre países desarrollados y en vías de desarrollo, entre mujeres ricas y pobres, de medio rural y urbano y según el nivel educativo, es en el poder acceder a los cuidados médicos maternos. Como mínimo 35% de las mujeres de los países en vías de desarrollo no poseen cuidados prenatales, cerca del 50% no cuentan con una atención adecuada durante el parto y 70% no tienen cuidado posparto . En contraste, los cuidados de salud materna son casi universales en países desarrollados. En los países en vías de desarrollo 65% de las mujeres tienen por lo menos una visita prenatal, y 53% tiene el parto con algún personal entrenado; pero sólo el 30% tienen por lo menos una visita postnatal, con un nivel tan bajo como es de 5% en algunas regiones. Si esto lo comparamos con los países desarrollados, donde 97% de sus mujeres cuentan por lo menos con una visita prenatal y 99% son asistidas durante el parto por personal capacitado y durante el puerperio 90% tienen por lo menos una visita de control.(1)

En 1995 en una población urbana de Guatemala se identifica las causas mas frecuentes de inasistencia a control prenatal a través de una muestra de 183 pacientes post-parto del área urbana, atendidas en el Hospital General San Juan de Dios . Los factores educativos, sociales, económicos de las pacientes así como accesibilidad, calidad de atención, disponibilidad de las instituciones de salud, factores familiares, consideraciones propias de las pacientes sobre el control prenatal, así como factores negativos de acuerdo a experiencias previas de las pacientes, influyen en la asistencia a control prenatal (2).

En el año 2000 en 15 hospitales estudiados en el Sur del Perú se atendieron 25.940 nacimientos, de los cuales ocurrieron 690 muertes peri natales, siendo 367 fetales tardíos y 323 neonatales precoces.

Las principales causas de muerte neonatal precoz fueron: síndrome de dificultad respiratoria (35.9%), infecciones (25.2%), encefalopatía hipóxico isquémica (17.6%), malformaciones congénitas (12.8%) e inmadurez (5.9%). Las principales causas específicas de mortalidad neonatal fueron: enfermedad de membrana hialina (30.3%), septicemia (24.1%) y encefalopatía hipóxico isquémica (17.6%), con tasas de mortalidad de 3.8, 3.1 y 2.2 por mil nacidos vivos respectivamente. El 42.6% fallecieron en las primeras 24 horas de vida, 15.2% entre 24 y 48 horas y el 42.2% después de 48 horas de vida.

Las causas de Muerte Fetal Tardía fueron: otras afecciones y las mal definidas (41.3%), complicaciones de la placenta, cordón umbilical o membranas (14.2%), hipoxia intrauterina y asfixia (14.2%), malformaciones congénitas (7.8%) y hemorragias (7.3%). Este alto porcentaje de causas mal definidas se deben principalmente a la falta de necropsias en la mayoría de hospitales.

La alta Tasa de mortalidad Peri natal guarda relación inversa con el número de controles prenatales. Según los resultados encontrados en los departamentos de Tacna, Arequipa y Moquegua, más del 80% de las gestantes tuvieron control prenatal y presentaron menor mortalidad peri natal; en cambio los departamentos de Cusco, Puno y Madre de Dios tuvieron menores coberturas de control prenatal y en este estudio se encontró altas tasas de mortalidad peri natal (3).

El 2001 se realizó un estudio de tipo descriptivo, analítico de corte transversal basado en una entrevista-encuesta en pacientes que en el embarazo actual o pasado no se controlaron analizando 1500 casos en pacientes atendidas en la consulta prenatal y sala de partos del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" estado Carabobo de Venezuela.

Se trata de un estudio descriptivo epidemiológico, analítico de corte transversal, basado en una entrevista y encuesta, en pacientes cuyo embarazo actual o pasado no fue controlado. Se recabaron datos relativos a ese embarazo agrupados así: epidemiológicos (residencia, educación, estado civil, edad); luego aspectos socioeconómicos, un primer renglón con razones explicativas sociales (domicilio

lejano, falta de transporte, etc.); seguida de económicas (no tiene para el transporte, medicinas, etc.), luego educativa prenatal (falta de motivación, desconocimiento de la importancia). También se incluyó el orden institucional (centro lejano, horario inapropiado, ausentismo del personal, huelga médica, la consulta poco funcional, mala imagen de la consulta, no dan medicinas. Un cuarto renglón médico (consulta de baja calidad, lo tratan mal, ausentismo laboral).

En factores epidemiológicos, predominó residencia en barrios (n = 800-53.33%), educación primaria (n = 679-45,26%), estado civil concubina (n = 750-50%) y la edad entre 25-34 años (n = 635-4,9 7,9%). Dentro de los factores sociales dominó el domicilio lejano (n = 635-46,46%), en los económicos, el desempleo (n = 537-35,8%) y en educación el desconocimiento del control prenatal (n = 865-57,66%). En los factores institucionales fue determinante el ambiente inadecuado de la consulta (n = 639-42,6%) y la ubicación lejana del Centro de Salud (13,13%). En factores de atención médica la mayoría no expresó argumentos (n = 830-53,33%) (4)

El Instituto Nacional de Estadística (INE) ha realizado la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003 (ENDSA 2003) a nivel nacional, abarcando una muestra de 20.000 hogares de todo el país. Esta encuesta está dirigida a madres y niños y permite recabar información sobre salud materna, morbilidad, mortalidad, nutrición y otros aspectos referidos a la salud de las mujeres e infantes de Bolivia.

De los embarazos registrados en la encuesta 2003, el 70,2% fueron atendidos por médicos, siendo este tipo de atención más alto en el área urbana que en la rural (84,7% y 47,7% respectivamente). Las diferencias más importantes en atención recibida durante el embarazo muestran una relación directa con el nivel educativo de las madres: sólo el 39,6% de las mujeres sin educación recibe atención médica prenatal, mientras que el 97,7% de las mujeres con educación superior reciben este tipo de cuidado. En Potosí, apenas el 44,7% de las mujeres reciben atención prenatal por médico, en comparación con el 82,5% en Tarija y el 85,6% en Santa Cruz (5).

Es bien sabido que la cobertura de primer prenatal está alta en Bolivia, inclusive muchas veces está por encima del 100%, (100.8% para el 2002) ,esto se debe a que

muchas mujeres embarazadas acuden a más de un establecimiento de salud para realizar su primer prenatal, y son anotadas como primera consulta prenatal en todos los lugares (ya que el sistema no es capaz de discernirlas). Sin embargo cuando se calcula el índice de captación del primer prenatal al cuarto prenatal, para el año 2002 este es de 33%, esto quiere decir que de cada 100 mujeres que acuden al sistema de salud a tener su primer prenatal, 33 regresan hasta tener su cuarto prenatal y 67 no lo hacen, es decir el sistema pierde a 67 de cada 100 mujeres. En el año 2003 este índice aumenta levemente al 35% pero sigue siendo bajo. Es importante aclarar que en el caso del cuarto control prenatal el SNIS tiene aproximadamente un 0.3% de sub registro debido a que algunos de los Hospitales de tercer nivel no consignan esta información, sin embargo el cuarto control prenatal se realiza en un 93% de los hospitales (6).

El año 2004 se realizó un estudio para mejorar la calidad de atención recibida durante el Control Prenatal en el Centro de Salud "San Juan de Dios Cliza".

Se seleccionó cuestionario aplicado en 74 pacientes que acudieron al servicio en septiembre del 2004, entrevista en profundidad con las líderes de las comunidades. Se buscó percepción de las pacientes sobre el trato recibido. Calidad de la consulta médica y accesibilidad al servicio. El estudio demostró que la calidad de atención es deficiente en los servicios de laboratorio, farmacia y admisión siendo mejor en la consulta externa. Las personas del área rural y analfabetas son las más satisfechas con la atención recibida y no así del área urbana y de instrucción superior (7).

En el departamento de Chuquisaca las coberturas del cuarto control prenatal es de 85.4% para el 2003 (8).

En el departamento de Oruro con referencia al cuarto control prenatal en el primer trimestre se tiene los siguientes datos el 2004 se realizaron 1538 controles, el 2005 1972 controles y el 2006, 2117 controles (9).

Según la revisión de datos del SNIS sobre consultas prenatales del primer control prenatal en relación a la población total que corresponde al Hospital Walter Khon de enero a agosto se alcanzó al 57% de las cuales hasta el momento llegaron al cuarto control prenatal el 33%.

El problema existente en el Hospital Walter Khon es el seguimiento del control prenatal de la gestante, siendo que el mayor porcentaje de embarazadas asisten al primer control prenatal pero no llegan a cumplir el seguimiento útil del control prenatal observándose en ellas alguna complicación durante el embarazo o parto y puerperio, no todas llegaron a presentar alguna complicación pero si el mayor porcentaje, según la revisión de historias clínicas de 133 casos, ver (TABLA 14).

Problema que es de mucha preocupación para nuestro gobierno, motivo por el cual se fueron implementando seguros dirigidos a la madre y al niño desde hace aproximadamente 10 años atrás.

Lo que amerita que se realice una investigación en el Hospital Walter Khon, para poder determinar cuáles son las causas que influyen en el seguimiento continuo del control prenatal de mujeres embarazadas que realizaron su control prenatal antes de cumplir el cuarto control.

El propósito de esta investigación es la de contribuir en el cumplimiento útil del control prenatal en el hospital Walter Khon de la ciudad de Oruro

## **II OBJETIVOS**

### **A. OBJETIVO GENERAL**

Determinar las causas de inasistencia de la gestante a control prenatal en el Hospital Walter Khon Oruro-Bolivia 2006.

## **B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar la edad de la mujer embarazada.
- Determinar el estado civil de la mujer embarazada .
- Determinar la ocupación de las mujeres embarazadas.
- Determinar si la mujer embarazada trabaja.
- Determinar el ingreso económico de la mujer embarazada.
- Determinar la accesibilidad de la mujer embarazada en relación al Hospital.
- Determinar el grado de conocimiento sobre la importancia del control prenatal.
- Determinar el grado de conocimiento sobre el seguro universal materno-infantil.
- Determinar si la embarazada recibe explicación sobre situación actual en consulta, importancia del control prenatal, charlas educativas por el personal de salud.
- Determinar si se le realiza el examen físico a la embarazada.
- Determinar como es atendida la embarazada por el personal de salud en los diferentes servicios.
- Determinar como es la atención por el personal de salud.

-Determinar como es la atención por el personal de salud en cuestión de tiempo desde el momento de ingreso hasta que el medico le atienda

-Determinar el grado de apoyo por el cónyuge.

### **III JUSTIFICACIÓN**

De todos los indicadores de salud monitorizados por la Organización Mundial de la Salud, la mortalidad materna es una de las que muestra mayor discrepancia entre los países denominados desarrollados y en vías de desarrollo; para ejemplificar podemos ver que la mortalidad infantil, es casi 7 veces mayor en los países en vías de desarrollo, mientras que la mortalidad materna es alrededor de 500.000 cada año ,aproximadamente 1400 al día o mas de una muerte cada minuto por causas relacionadas con el embarazo que en su mayoría son prevenibles o tratables. Al morir esas madres dejan niños huérfanos y tanto las familias como las comunidades sufren al perder lo que ellas podían aportar (12).

En relación a la muerte materna en Bolivia fue de 390 POR 100.000 nacidos vivos constituyendo para entonces en un drama nacional que deja en la orfandad cada año, a más de 3000 niños bolivianos en su gran mayoría pobres. Por diferentes inferencias y sistemas de medición indirectos al no contarse con información de la Encuesta Nacional de Salud ( ENDSA 98), sobre muerte materna, es posible precisar que el 80 % de las muertes maternas ocurren en domicilio y que el 20 % de las defunciones se producen en servicios e Instituciones de salud. Cerca de tres mujeres mueren cada día y 1000 mujeres al año en el país, a consecuencia directa del embarazo, parto y puerperio. Un estimado nos podría señalar que las muertes maternas ocurren en su gran mayoría ( 62 %) durante el embarazo, 23 % durante el parto y el 15 % en puerperio. Las causas principales. son: Hemorragias, infecciones, toxemia dravídica y aborto(13).

Sin embargo la contribución de los seguros públicos implementados en el país produjeron un acelerado e importante reducción de las tasas de mortalidad

materna, que sin embargo todavía nos coloca como el segundo país en Latinoamérica, con la mas alta razón de muerte materna infantil y neonatal, sin embargo se estima que al ritmo actual antes del cumplimiento de metas del milenio (2015) se tenga una cifra acorde a estándares internacionales. De acuerdo a la ENDSA 2003 las tasas de mortalidad evolucionaron y se redujeron de acuerdo a los siguientes comportamientos en los periodos señalados: la razón de muerte materna se redujo en un 41% al año 2003 respecto del 1994 es decir 390 a 230 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, cada año mueren aproximadamente 650 mujeres, 2 mujeres cada día por causas evitables.

Este dato refleja el número de mujeres que han fallecido por causa del embarazo, parto y puerperio en los últimos cinco años y es un indicador que expresa no sólo la situación de salud sino la situación social del país. La razón de mortalidad materna se toma cada 10 años aproximadamente y aunque ha descendido significativamente, Bolivia continúa siendo el país con la mortalidad más alta (14).

Por lo tanto la muerte materna y la muerte fetal se erigen como dos tragedias propias del subdesarrollo en las que alguna vez como médicos hemos sido testigos o protagonistas. Constituyendo dos situaciones extremadamente tristes y dolorosas, de graves repercusiones sociales y psicológicas sobre, el grupo familiar que sobrevive y que trascienden como el resultado final de una serie de circunstancias negativas que van desde la discriminación, la pobreza, la ignorancia, y la falta de recursos hasta la carencia tecnológica y el desacierto :o la negligencia en el actuar médico.

Sin embargo ha transcurrido mas de una década de esfuerzos en salud materna en que el país ha logrado incrementar de manera importante las coberturas de atención prenatal, parto, puerperio, pero aun hay mujeres muriendo durante el embarazo, parto o puerperio, por complicaciones que amenazan la vida de las embarazadas.

Lo que se quiere pretender con este trabajo es determinar, cuales son los causas de inasistencia de la gestante a control prenatal, posterior haber realizado el primer control , pese a que la atención a la embarazada es gratuita.

#### IV MARCO TEÓRICO

En Estados Unidos, la atención prenatal organizada fue introducida en su mayor parte para reformadores sociales, y enfermeras. En 1901, la esposa de William Lowel Putnam, del Boston Social Service Department, comenzó un programa de visitas de enfermeras a mujeres incorporadas al servicio de partos domiciliarios del Boston Lying-in Hospital. En 1911 estableció una clínica prenatal para pacientes ambulatorias e instó a las mujeres para que, en lo posible, se inscribieran apenas iniciado el embarazo. La señora Putnam convenció entonces a los médicos del Hopkins Hospital John para que apoyaran la atención prenatal sistemática.

En 1914, en dicho hospital se realizó un estudio en el cual se afirmaba que los cuidados prenatales organizados podrían haber disminuido 40% la mortalidad fetal (15).

El panorama de la salud en Bolivia, muestra grandes necesidades de la mayoría de la población que carecen de accesibilidad económica y sociocultural, a los que ni la Seguridad Social ni el Estado han podido responder; pese a los esfuerzos; de aumentar las coberturas. En las últimas décadas hace más difícil el incremento de la seguridad social porque el aumento del sector informal (por cuenta propia) es mucho mayor que el sector formal (con patrones), sector que aporta con los Servicios es por estas dos razones principales que el Gobierno Nacional decidió colocar como una de sus prioridades la implementación de los primeros Seguros Universales en Bolivia, muy vinculados a las transformaciones profundas como la Participación Popular y la Descentralización Administrativa. Para ello se eligió a todas las madres, niños, y a los bolivianos de la tercera edad .

Así pues el gobierno promueve el Financiamiento Solidario de la Salud con recursos antes desperdiciados y hoy recuperados para los más necesitados ,como el que proviene de los frutos de las reformas económicas del Gobierno.

Así nace el primer Seguro Universal de la historia de Bolivia: el Seguro de Maternidad y Niñez, con el objetivo de fomentar el acceso a los servicios y la reducción de la mortalidad materno-infantil. que se financia con fondos de la coparticipación tributaria emergente de la Ley de Participación Popular, que es el 3% , del 85% que cubre los costos de atención de maternidad y las principales patologías relacionadas a la mortalidad de la niñez de este modo estos, seguros hoy se constituyen una alternativa y solución para dar un acceso universal a las poblaciones prioritarias además que significa un uso adecuado de recursos económicos destinados antes a otras rubros menos productivos y prioritarios.

Así, dentro del marco de la reestructuración del poder Ejecutivo de la Ley 1493 y el Decreto Supremo 23660 se establece la necesidad de asignar dentro del ministerio de desarrollo humano, a la subsecretaria de seguros médicos la responsabilidad de promover la incorporación progresiva de toda la población a dichos sistemas y ejercer tuición sobre los diversos sistemas de seguros médicos públicos y privados con el objetivo de cumplir con el postulado de emplear el campo de aplicación de la seguridad social, se buscan alternativas que permitan que el mayor numero de población se incorporen a dicho régimen y considerando, la existencia de grupos altamente vulnerables, en las cuales son dramáticamente elevadas, se proyecta y se pone en ejecución en primera instancia el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez.

En el marco del cumplimiento de dichas funciones, las acciones desplegadas por la sub Secretaria de Seguros Médicos, busca integrar a las diferentes instituciones de Seguridad Social a corto plazo como son las diferentes Cajas de Salud, en la Ejecución de los planes y proyectos que se definen a nivel de la Secretaria Nacional de Salud.

La cobertura alcanzada por los seguros de salud en cuarenta años de existencia, antes de los Seguros de Maternidad y Niñez y el de vejes no sobrepasaba el 25 % considerándose además que los beneficios ascienden al 74 % de esta población. Se ha realizado , en la Escuela de Enfermera de la Universidad Mayor de San Simón -

Cochabamba un curso de Postgrado en Obstetricia y Perinatología, de seis meses de duración para Licenciadas en Enfermería. La otorgación de este perfil profesional complementario tuvo el propósito de capacitar recursos humanos con competencia clínica, para que supervise las tareas de las parteras empíricas adiestradas, y también para que atiendan a embarazadas, parturientas y emergencias.

Entre 1993 - 1996 las coberturas de atención prenatal han subido del 61% al 81% de las mujeres embarazadas, lo que significa un crecimiento del 20%.

Paulatinamente ha aumentado el número de mujeres que recurre a los servicios para obtener al menos una consulta prenatal, probablemente con la intención de contar con una información adicional que reafirme su capacidad de dar a luz sin riesgos. Cuando casi todas las mujeres embarazadas realicen al menos una consulta prenatal en los servicios públicos, más de la mitad realizarán, por lo menos cuatro consultas prenatales en los mismos servicios y el número de partos será correspondiente a esa proporción, además otras prestaciones : emergencias obstétricas tales como partos prematuros, las hemorragias del tercer trimestre asociadas al embarazo, pre-eclampsia, complicaciones del parto y post parto como hemorragias e infecciones y . otras emergencias obstétricas.

Por tanto uno de los objetivos del Seguro Materno-Infantil es reducir la tasa de mortalidad materna de 376 a 300 por 100.000 nacidos vivos (20%), evitando cada año la muerte de 200 madres por año y la orfandad de 700 niños menores de 10 años (16).

Sin embargo El gobierno Nacional tiene como prioridad desarrollar una efectiva lucha contra la pobreza, la desnutrición y las enfermedades prevalentes de la población con énfasis en niños y mujeres; es así ,que crea el seguro Básico de Salud con el decreto Supremo 25265 como fundamento de su política en el pilar Equidad.

El seguro Básico de Salud, busca el acceso universal de la población, otorgando 75 prestaciones de carácter promocional, preventivo y curativo, orientadas a reducir la mortalidad en la niñez y la mortalidad materna fundamentalmente.

Siendo una de las tareas complementarias al Seguro Básico de Salud, promocionar mejores normas y procedimientos, el ministerio de Salud y Previsión Social en proceso profundo de revisión y actualización a elaborado con la creación de la Escuela Boliviana de Normas en salud, guías técnicas de atención para las prestaciones del seguro Básico de Salud.

Para la aplicación con éxito de estas políticas, a nivel de la prestación y atención de la salud, ha sido necesario elaborar normas, guías y protocolos que garanticen la correcta respuesta y recuperación de cualquiera de las personas que acudan a los servicios de salud en busca de soluciones a sus problemas concretos. Las normas son las rutas críticas que permiten estandarizar el trabajo profesional de los funcionarios del sistema Boliviano de salud cada una de ellas refleja el trabajo específico de muchos otros especialistas que han reflexionado en la que se han denominado "Escuela boliviana de normas en salud", para mejorar desde una perspectiva concreta y científica la calidad de la atención en las 75 prestaciones del Seguro básico de salud.

El proceso de implementación del seguro básico de salud requiere de una mayor sistematización mayor conocimiento estandarizado y mejor desempeño en la calidad de atención de los profesionales bolivianos que libran la batalla por la reducción de la carga de muerte y enfermedad en el país (17).

Actualmente en Bolivia se ha iniciado la construcción de un nuevo sistema de Salud dentro de un proceso de reforma gradual orientada a enfrentar los requerimientos generales y específico de cada región y de diferentes grupos humanos. Este nuevo sistema tiene por objetivo consolidar a la salud como un derecho universal, de tal

manera que se puedan medir los resultados y los impactos a partir de la implementación del Seguro Universal Materno Infantil.

En esta misión el Ministerio de Salud y Previsión Social pretende consolidarse como la institución rectora que promueva y defienda la salud mediante una alianza estratégica con los bolivianos en la lucha contra la pobreza .

En ese afán se ha promulgado la Ley 2426 del Seguro Universal Materno- Infantil (SUMI), en fecha 21 de noviembre del 2002 que brindará servicios de salud a la mujer embarazada desde el inicio de la gestación hasta seis meses posteriores al parto. Incluyendo al menor de 5 años.

El SUMI comprenderá: atención ambulatoria integral y hospitalaria con servicios complementarios de diagnóstico y tratamientos médicos quirúrgicos. Así mismo proveerá insumos, medicamentos esenciales y productos naturales tradicionales.

Para la implementación del SUMI se constituirá la red de servicios de salud ,la cual estará conformada por establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel de complejidad de acuerdo a criterios de accesibilidad y resolución.

Cuando algunos municipios no cuenten algunos niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, los gobiernos municipales puedan crear mancomunidades para la prestación de los servicios de salud.

Otro mecanismo que prevé la Ley SUMI, para su plena implementación es la creación de los Directorios Locales de Salud (DILOS),para que sean los responsables máximos en la gestión de salud en cada municipio. Dentro de sus funciones ésta de administrar las Cuentas Municipales de Salud.

El Tesoro General de la Nación va a financiar en su totalidad el costo de los recursos humanos para la vigencia del SUMI.

Los gobiernos municipales aportarán con el 10% de coparticipación tributaria para garantizar el financiamiento de insumos, servicios no personales y medicamentos.

Cuando los recursos de los municipios sean insuficientes, se podrá utilizar hasta un,10% de las cuentas especiales de Diálogos 2000 (18).

**A. CONTROL PRENATAL.-** Se entiende por control prenatal (vigilancia prenatal, asistencia prenatal, cuidado prenatal, acompañamiento prenatal, consulta prenatal) a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño.

Con el control prenatal se persigue:

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

El control prenatal es eficiente cuando cumple con cuatro requisitos básico: debe ser: precoz o temprano, periódico o continuo, completo o integral y extenso o de amplia cobertura.

**Precoz.-** El control deberá iniciarse lo más temprano posible, tratando de que sea desde el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además toma factible la identificación precoz de embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstetricia que debe recibir y el lugar en el que ésta ha de realizarse.

**Periódico.-** La frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que exhibe la embarazada. Las de alto riesgo necesitan una mayor cantidad de consultas, cuyo número varia según el tipo de problema presente. Las de menor riesgo requieren un número menor, que difiere en distintos lugares.

Algunas normas fijan un mínimo de 5 consultas (una, durante la primera mitad del embarazo. Uno entre las semanas 23 y 27 y una cada cuatro semanas a partir de la semana 27). Otras normas plantean un mayor número de controles (uno cada cuatro semanas hasta la semana 27, uno cada tres semanas entre las semanas 27 y 36 y luego uno cada dos semanas desde la 36 hasta el término).

**c) Completo.-** Los contenidos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomentó, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

**d) Extenso.-** Sólo en la medida en que el porcentaje de población controlada sea alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) se podrán disminuir las tasas de morbi mortalidad materna y peri natal.

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

El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, diferenciado, acorde al riesgo, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva (19).

**B EMBARAZO DE ALTO RIESGO.-** Un embarazo de alto riesgo es aquel en el que el riesgo de enfermedad o muerte antes o después del parto es mayor de lo habitual, tanto para la madre como para el bebé.

Para identificar un embarazo de alto riesgo, se evalúa a la mujer embarazada para determinar si presenta condiciones o características que la expongan a ella o al feto a la posibilidad de enfermar o morir durante el embarazo.

### **Factores de riesgo previos al embarazo**

Antes de que se produzca la concepción, es posible que la madre tenga características o condiciones que incrementen el riesgo durante el embarazo. Además, cuando se ha tenido un problema en un embarazo, el riesgo de tener el mismo problema en embarazos subsiguientes es mayor.

### **Características de la madre**

La edad de la mujer se relaciona estrechamente con el riesgo durante el embarazo. Las niñas de 15 años y menos tienen más probabilidades de desarrollar pre eclampsia ( una enfermedad caracterizada por una presión arterial elevada, proteínas en la orina y retención de líquidos durante el embarazo ) y eclampsia

(convulsiones producidas por la pre eclampsia ); también tienen más probabilidades de tener hijos de bajo peso al nacer o desnutridos. En cambio, las mujeres de 35 años o más tienen más probabilidades de desarrollar presión arterial elevada, diabetes o fibromas (formaciones no cancerosas) en el útero, así como de tener problemas durante el parto. El riesgo de tener un bebé con alguna anomalía cromosómica como el síndrome de Down aumenta con rapidez a partir de los 35 años. Si una mujer embarazada de este grupo de edad está preocupada por la posibilidad de que su feto desarrolle anomalías, puede someterse a un análisis de las vellosidades coriónicas o a una amniocentesis para determinar el contenido cromosómico del feto.

Una mujer que pesa menos de 45 kilogramos cuando no está embarazada tiene más probabilidades de tener un bebé de menor tamaño de lo esperado en relación con el número de semanas de embarazo ( pequeño para su edad gestacional ). Si su peso aumenta menos de 5 kilogramos durante el embarazo, el riesgo de tener un bebé con esas características aumenta en casi un 30 por ciento. Por el contrario, una mujer obesa tiene más probabilidades de tener un bebé muy grande; la obesidad también incrementa el riesgo de desarrollar diabetes y presión arterial elevada durante el embarazo.

Una mujer de menos de 1,60 m. de altura tiene más probabilidades de tener una pelvis pequeña; de ahí que el riesgo de tener un parto prematuro y un bebé anormalmente pequeño por retraso del crecimiento intrauterino también sea más alto de lo habitual.

### **Problemas en un embarazo previo**

Una mujer que ha tenido tres abortos consecutivos siempre en los primeros 3 meses de embarazo tiene alrededor del 35 por ciento de probabilidades de sufrir otro. El aborto también es más probable cuando la mujer tuvo un feto muerto entre el cuarto y el octavo mes de embarazo o cuando tuvo un parto prematuro en un embarazo anterior. Antes de intentar quedar embarazada de nuevo, es recomendable que la

mujer que ha tenido un aborto se someta a una prueba de detección de anomalías cromosómicas u hormonales, defectos estructurales en el útero o en el cuello uterino, enfermedades del tejido conectivo como el lupus o una reacción inmune frente al feto, por lo general, por incompatibilidad de Rh. Si se descubre la causa del aborto, es posible que ésta pueda ser tratada de forma adecuada.

El hecho de que un feto nazca muerto o de que un bebé recién nacido muera se asocia a anomalías cromosómicas en el feto, diabetes, alguna enfermedad renal (crónica) o de los vasos sanguíneos, hipertensión arterial, drogadicción o una enfermedad del tejido conectivo, como el lupus en la madre.

Por otro lado, cuanto mayor sea el número de partos prematuros, mayor es el riesgo de repetirlos en los embarazos siguientes. Una mujer que haya tenido un recién nacido con un peso menor de 1,5 kilogramos, tiene un 50 por ciento de probabilidades de que su próximo hijo nazca antes de término. Si un recién nacido sufrió retraso del crecimiento intrauterino, es probable que se repita en el siguiente. En estos casos, se investiga en busca de la presencia de enfermedades que puedan retrasar el crecimiento fetal, como la hipertensión arterial, afecciones renales, aumento de peso inadecuado, infección, tabaquismo y abuso de alcohol.

Un recién nacido que pese más de 4,5 Kg. al nacer sugiere que la madre pueda sufrir diabetes. El riesgo de aborto o muerte de la mujer o del recién nacido aumenta si la mujer padece de diabetes durante el embarazo. Por tanto, se debe controlar la presencia de esta enfermedad en las mujeres embarazadas midiendo sus niveles de azúcar en sangre (glucosa) entre las semanas 20 y 28 de embarazo.

La mujer que ha tenido seis o más embarazos, tiene mayores probabilidades de tener contracciones leves durante el parto y hemorragias después del mismo, debido al debilitamiento de sus músculos uterinos. También puede tener un parto rápido, que aumenta el riesgo de padecer una hemorragia vaginal copiosa. Además, tiene muchas más probabilidades de tener placenta previa (una placenta anormalmente

localizada en la parte inferior del útero). Este trastorno puede causar hemorragia y, como la placenta puede bloquear el cuello uterino, por lo general, se debe practicar una cesárea. Si una mujer ya ha tenido un hijo con una enfermedad hemolítica, el siguiente puede correr el riesgo de nacer también con esta enfermedad, y su gravedad en el recién nacido anterior predice la que tendrá en el siguiente. Esta enfermedad se desarrolla cuando una madre cuya sangre es Rh-negativo tiene un feto con sangre Rh-positivo (incompatibilidad de Rh) y la madre produce anticuerpos contra la sangre del feto (sensibilización a Rh) que destruyen sus glóbulos rojos. En esos casos, se analiza la sangre de ambos progenitores. Si el padre tiene dos genes para sangre Rh-positivo, todos los hijos serán Rh-positivos; si tiene sólo un gen de estas características, el recién nacido tiene alrededor del 50 por ciento de probabilidades de ser Rh-negativo. Esta información es útil para tomar las precauciones necesarias con la madre y el feto en embarazos subsiguientes. Por lo general, en el primer embarazo con un hijo con sangre Rh-positivo no suele haber problemas, pero el contacto entre la sangre de la madre y la del recién nacido durante el parto hace que la madre produzca anticuerpos anti-Rh y, por tanto, los siguientes recién nacidos pueden sufrir complicaciones. Sin embargo, después de que una madre con Rh-negativo alumbró un recién nacido Rh-positivo, se suele administrar a aquella globulina inmune Rh0 (D) para destruir los anticuerpos anti-Rh. El resultado es que la hemólisis (destrucción de hematíes) en los recién nacidos es muy poco frecuente.

Una mujer que ha tenido una pre eclampsia o eclampsia tiene probabilidades de volver a tenerla, en particular, si padece hipertensión cuando no está embarazada.

Si una mujer ha tenido un bebé con trastornos genéticos o malformaciones, habitualmente se realizan análisis genéticos de éste (aunque haya nacido muerto) y de ambos padres antes de otro embarazo. En caso de que la mujer quede de nuevo embarazada, se realizan pruebas como ecografías, toma de muestras de vellosidades coriónicas y amniocentesis para ayudar a determinar las probabilidades de que las anomalías se repitan.

## **Alteraciones estructurales**

Las anomalías en los órganos reproductores femeninos, como el útero bicorne o un cuello uterino débil que no puede sostener al feto en desarrollo (cuello incompetente), aumentan el riesgo de aborto. En consecuencia, puede ser necesario practicar intervenciones quirúrgicas, ecografías o radiografías para detectar estas alteraciones; si una mujer ha tenido varios abortos, estas pruebas se realizan antes de que vuelva a quedar embarazada.

Los fibromas (formaciones no cancerosas) en el útero, que son más frecuentes en mujeres mayores, pueden aumentar el riesgo de un parto prematuro, la incidencia de problemas durante el parto, una presentación anormal del feto, una localización anormal de la placenta (placenta previa) y abortos repetidos.

## **Historia familiar**

Una historia de retraso mental u otros trastornos hereditarios en la familia de la madre o del padre aumenta la probabilidad de que el recién nacido vaya a tener esa enfermedad. La tendencia a tener gemelos también se da en el seno de una misma familia

## **Factores de riesgo durante el embarazo**

Una mujer embarazada sin riesgos especiales puede sufrir un cambio . que aumente el riesgo, por ejemplo, la exposición a teratógenos (agentes que pueden producir defectos congénitos) como la radiación, productos químicos, fármacos e infecciones, o bien puede desarrollar una complicación médica o en relación al embarazo.

## **Exposición a teratógenos**

Los fármacos reconocidos como causantes de defectos congénitos cuando se toman durante el embarazo incluyen el alcohol, la fenitoína, los fármacos que contrarrestan

las acciones del ácido fólico (como el triamtereno o el trimetoprim), el litio, la estreptomycin, las tetraciclinas y la warfarina. Las infecciones que pueden provocar defectos congénitos incluyen el herpes simple, la hepatitis vírica, la gripe, la parotiditis, la rubéola, la varicela, la sífilis, la listeriosis, la toxoplasmosis e infecciones por virus Coxsackie o por citomegalovirus. Al comienzo del embarazo, a la mujer se le pregunta si ha tomado algunos de estos fármacos o ha padecido alguna de estas infecciones desde que quedó embarazada. Es particularmente preocupante la forma en que el tabaquismo, el consumo de alcohol y el abuso de fármacos durante el embarazo afectan a la salud y al desarrollo del feto.

### **Problemas médicos**

Si se diagnostica hipertensión por primera vez cuando una mujer está embarazada, el médico puede tener ciertas dificultades en determinar si la causa es el embarazo o algún otro problema. El tratamiento de la hipertensión durante el embarazo es problemático; los beneficios que pueda obtener la madre tienen que ser sopesados con los potenciales riesgos para el feto. Sin embargo, cuando el embarazo se halla en estado muy avanzado, este trastorno puede indicar una grave amenaza para la madre y el feto y se debe instaurar un tratamiento de inmediato.

Si la mujer gestante ha tenido anteriormente una infección de orina, se evalúa una muestra de su orina al inicio del embarazo. Si se detectan bacterias, se administran antibióticos para prevenir una infección renal, ya que ésta se asocia al parto antes de término y a la rotura prematura de las membranas.

Las infecciones bacterianas de la vagina durante el embarazo también pueden derivar en un parto antes de término o en una rotura prematura de las membranas. El tratamiento de la infección con antibióticos reduce la probabilidad de tener estos problemas.

Una enfermedad que provoque fiebre alta (temperatura superior a los 39,5 °C) en el primer trimestre del embarazo aumenta la probabilidad de sufrir un aborto y de

anomalías en el sistema nervioso del recién nacido. La fiebre al final del embarazo aumenta la posibilidad de un parto pre término.

Las intervenciones quirúrgicas de urgencia durante el embarazo aumentan el riesgo de un parto pre término. Muchas enfermedades, como la apendicitis, un ataque de vesícula biliar y la obstrucción intestinal son difíciles de diagnosticar debido a los cambios normales que se producen en el abdomen durante el embarazo. En consecuencia, cuando se diagnostica una de esas enfermedades, es probable que se encuentre en un estado avanzado, lo que incrementa la morbilidad y la mortalidad(20).

## **C EDUCACION MATERNA**

Este objetivo es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente. El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal. (21).

## **V HIPOTESIS**

Las de inasistencia a control prenatal es por la deficiente atención a la gestante por el personal de salud y deficiente conocimiento de la gestante sobre la importancia del control prenatal.

## **VI DISEÑO METODOLÓGICO**

El tipo de estudio es descriptivo de Cohorte Transversal en mujeres embarazadas del Hospital Walter Khon Oruro Bolivia 2006.

## **El universo**

El universo esta representada por 395 mujeres embarazadas que realizaron su primer control prenatal en el Hospital Walter Khon de enero –agosto 2006.

## **Tamaño de muestra.**

Para el tamaño de la muestra se utilizo el método de Loetz y Flores con el 5% de margen de error y el 95% de confiabilidad que representa a 196 mujeres embarazadas .

## **Muestreo**

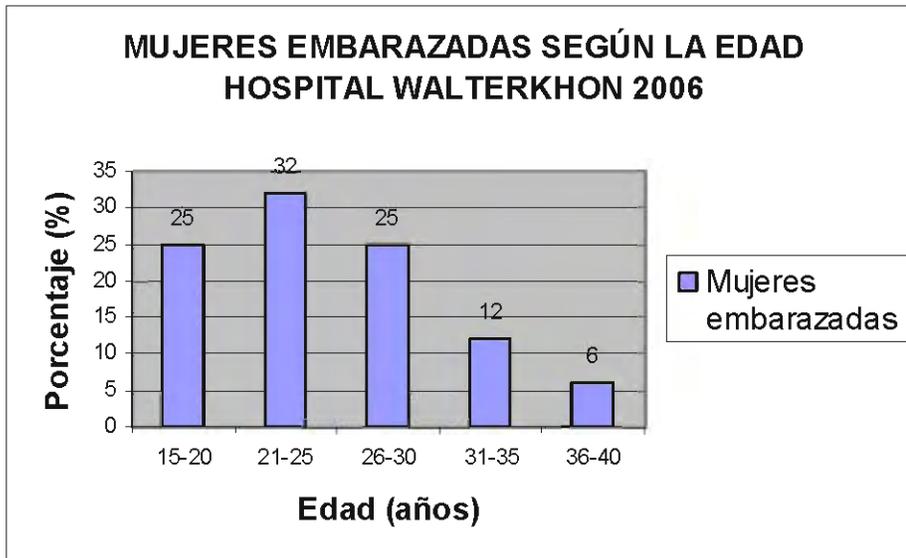
El muestreo se realizara al azar en consulta externa.

## **Instrumento**

El instrumento que se utilizo fue el cuestionario ,cuyo trabajo se realizo en el lapso de un mes.

## **VII RESULTADOS**

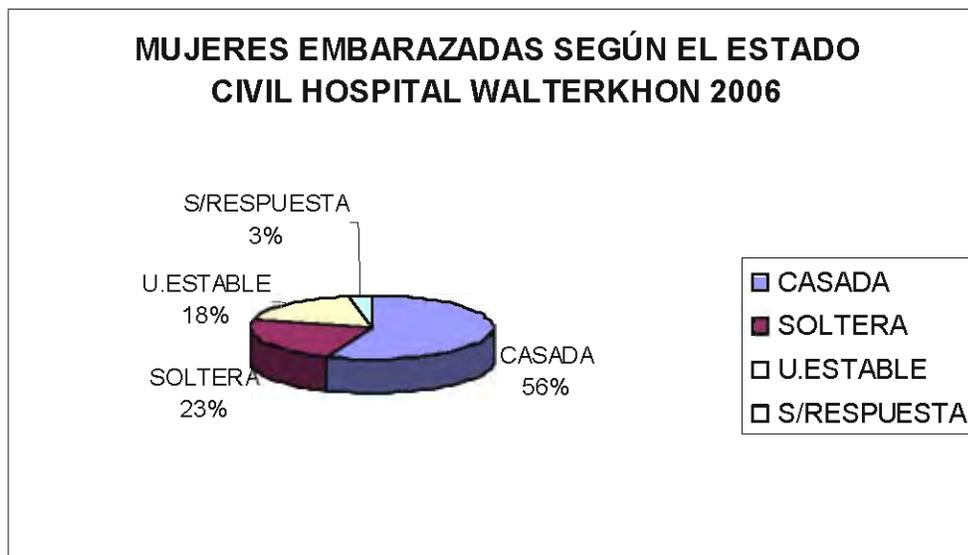
**GRAFICO No 1**



FUENTE DE INFORMACION: PROPIA

Del total de mujeres embarazadas encuestadas oscilan entre 15 - 30 años de edad en el 82%

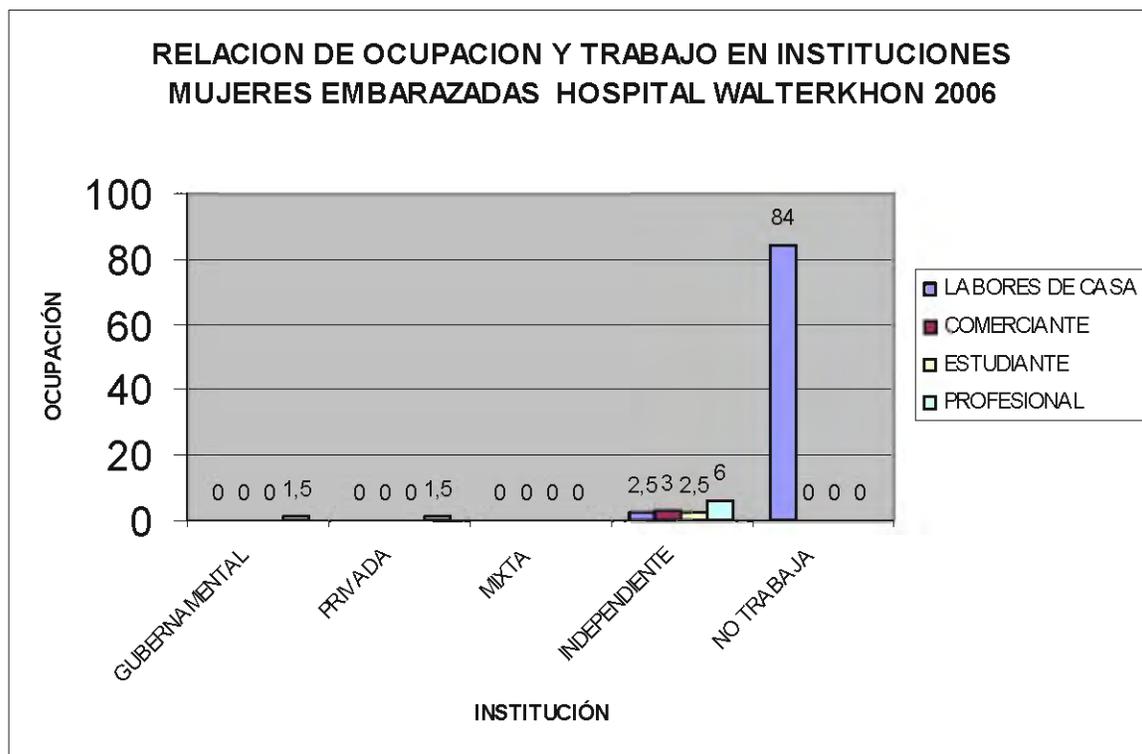
**GRAFICA No 2**



FUENTE DE INFORMACION: PROPIA

Un mayor porcentaje de las mujeres embarazadas encuestadas son casadas(56%) ,seguida por el 23 % que son solteras y finalmente el 18% unión estable .

**GRAFICO No 3**

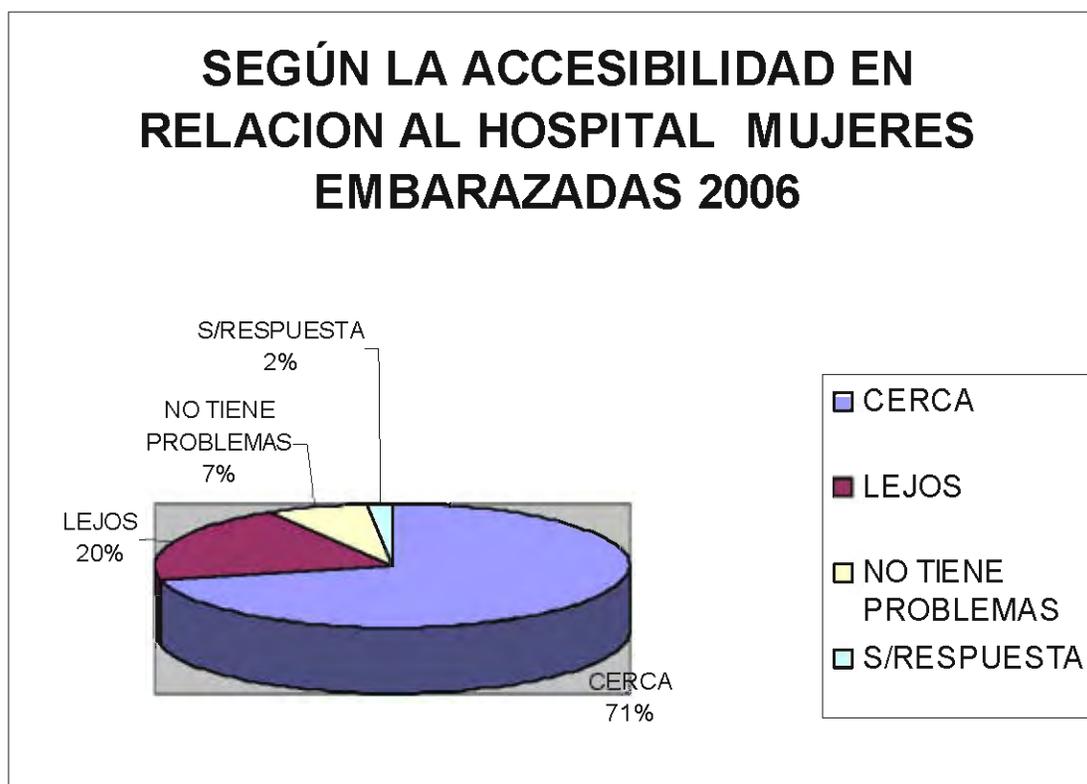


FUENTE DE INFORMACION: PROPIA

Un mayor porcentaje de las mujeres encuestadas tienen como ocupación labores de casa (86.5%), un mínimo porcentaje está representada por estudiantes, comerciantes y profesionales (14,5%).

Siendo que el mínimo porcentaje de embarazadas (16%) trabaja en forma independiente.

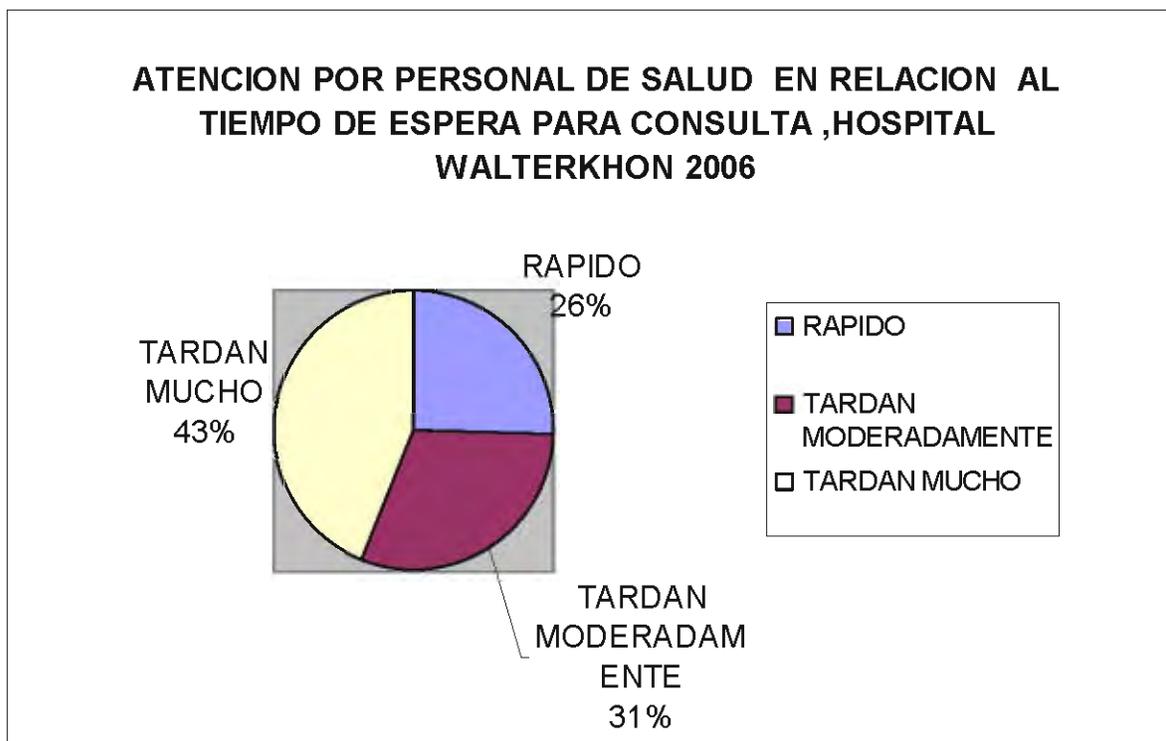
GRAFICO No 4



FUENTE DE INFORMACION :PROPIA

El 71% de las mujeres embarazadas viven cerca del Hospital Walter Khon seguida del 20% que vive lejos y un 7% que no tiene problemas.

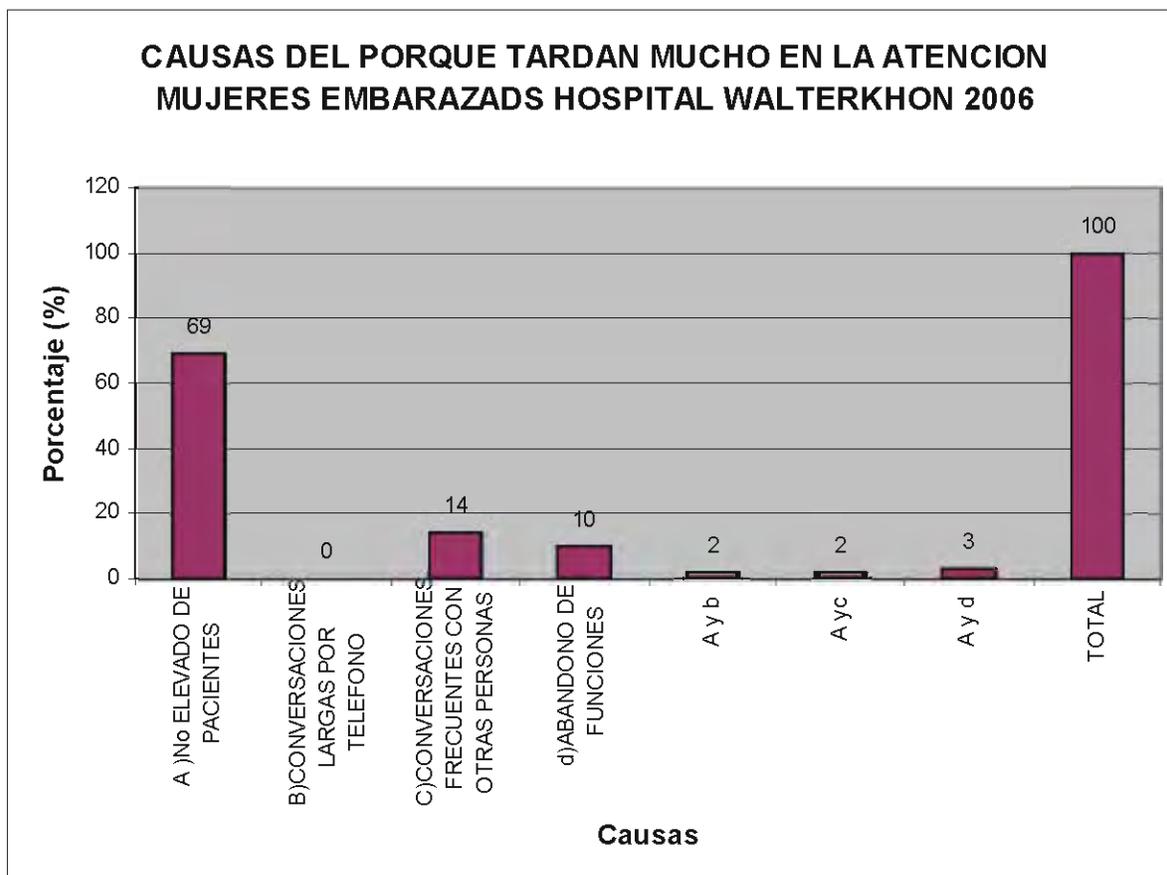
**GRAFICO No 5**



FUENTE DE INFORMACION: PROPIA

Tardan respecto a la atención en cuanto a tiempo, mucho en el 43% seguida del 31% moderado y el 25% es atendida en forma rápida.

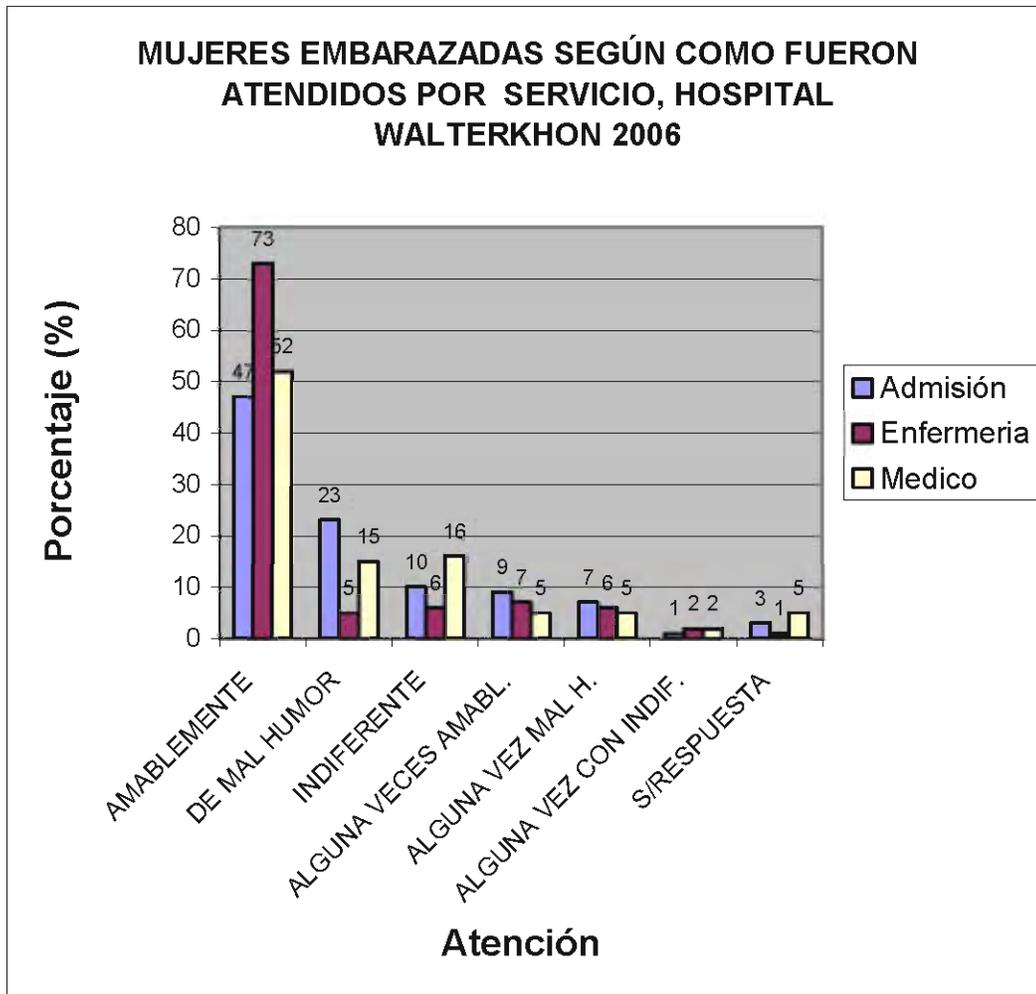
**GRAFICO No 6**



FUENTE DE INFORMACION: PROPIA

Tardan mucho en la atención al paciente, debido al número elevado de pacientes en un 69%, sin embargo existen también otras causas como conversaciones frecuentes con otras personas, abandono de funciones en 31%.

GRAFICO No 7



FUENTE DE INFORMACION: PROPIA

Un buen porcentaje es atendido amablemente por personal de admisión(47%), enfermería (73%) y parte medica (52%). sin embargo en el servicio de admisión (23%)(10%) y medica (15%)(16%), atienden de mal humor y con indiferencia respectivamente.

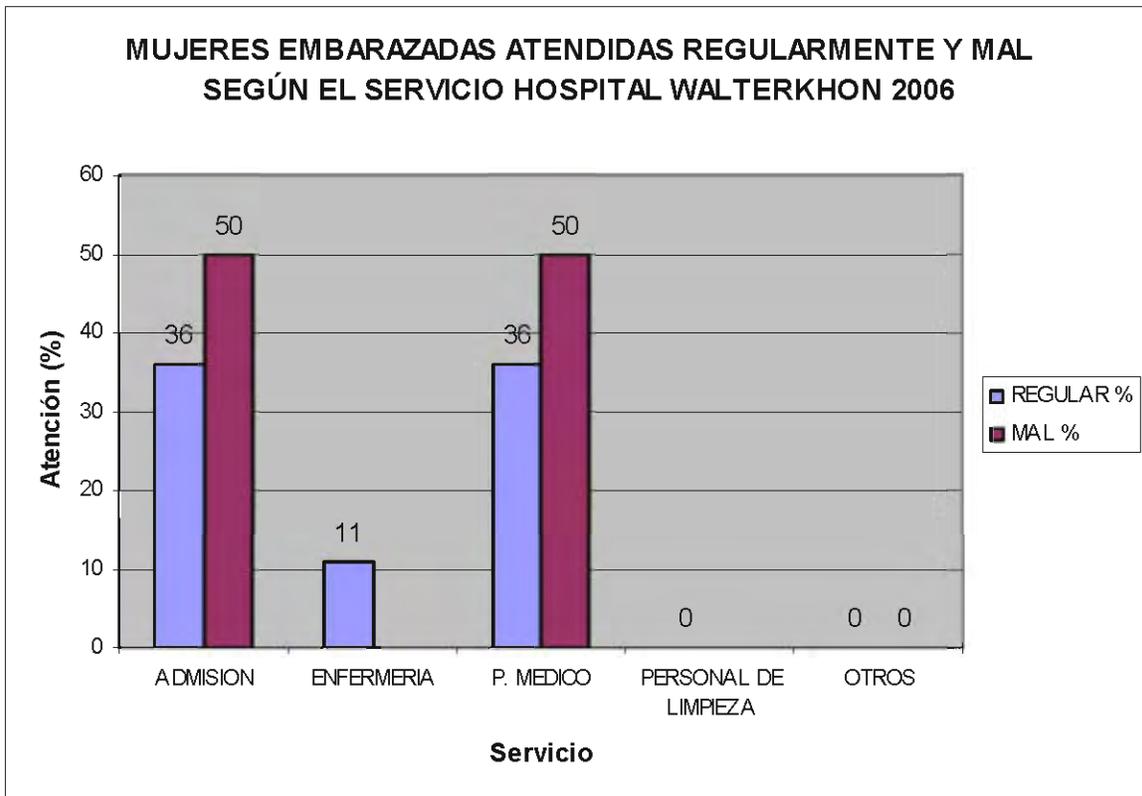
**GRAFICO No 8**



FUENTE DE INFORMACION :PROPIO

El mayor porcentaje de las gestantes son atendidas entre lo excelente y bien en el 48%, regular en el 45% y en un mínimo porcentaje mal en el 4%.

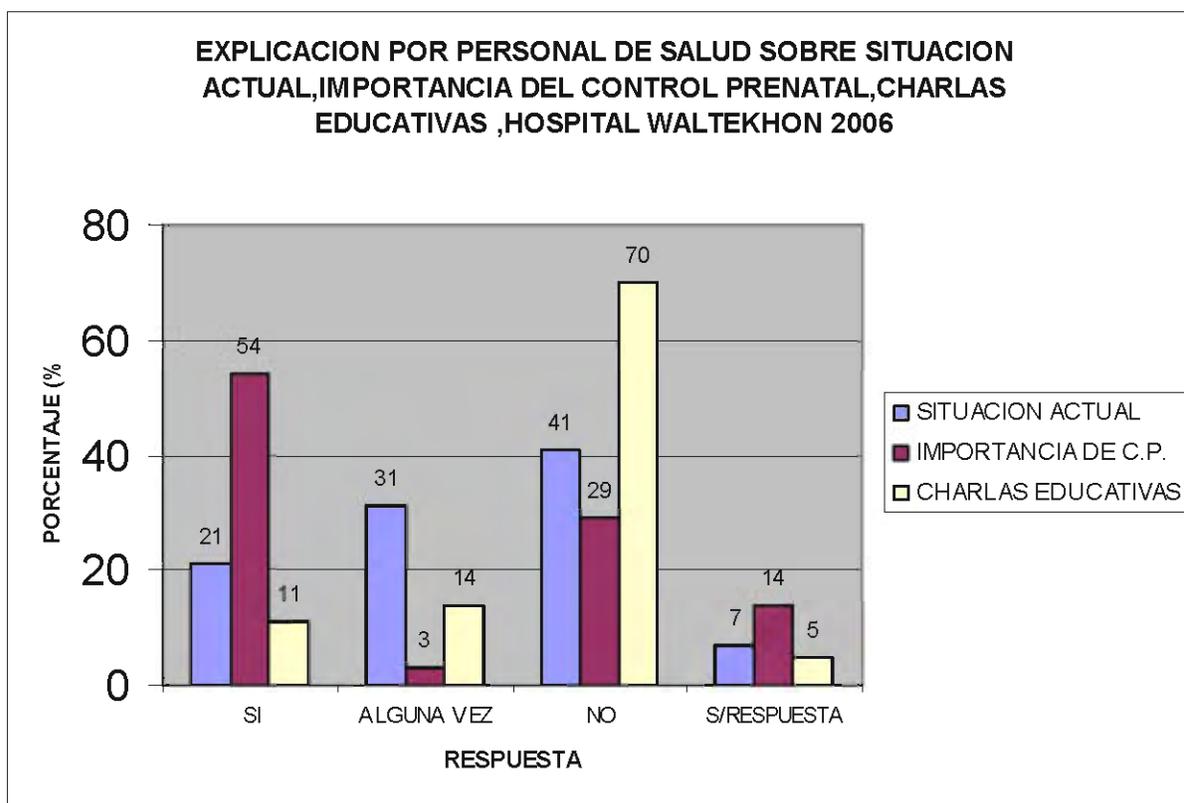
**GRAFICA No 9**



FUENTE DE INFORMACION :PROPIO

Se tomo en cuenta 80 pacientes que respondieron que fueron atendidos regularmente y 8 personas que fueron atendidos mal. El 50% de los 8 pacientes que fueron atendidos mal son por los servicios de admisión y medico y de los 80 pacientes que fueron atendidos en forma regular, el 30% son atendidos en forma regular por el servicio de admisión y 30% por parte medica y 11% por enfermería en forma regular.

**GRAFICO No 10**



FUENTE DE INFORMACION: PROPIA

Un buen porcentaje de las mujeres encuestadas no reciben explicación durante la consulta por el personal de salud sobre, situación actual de la paciente en cada consulta en el 41% ,orientación sobre la importancia del control prenatal el 29% y con referencia a charlas educativas el 70% refiere que no recibe charlas y el 11% indica que si, se les da charlas.

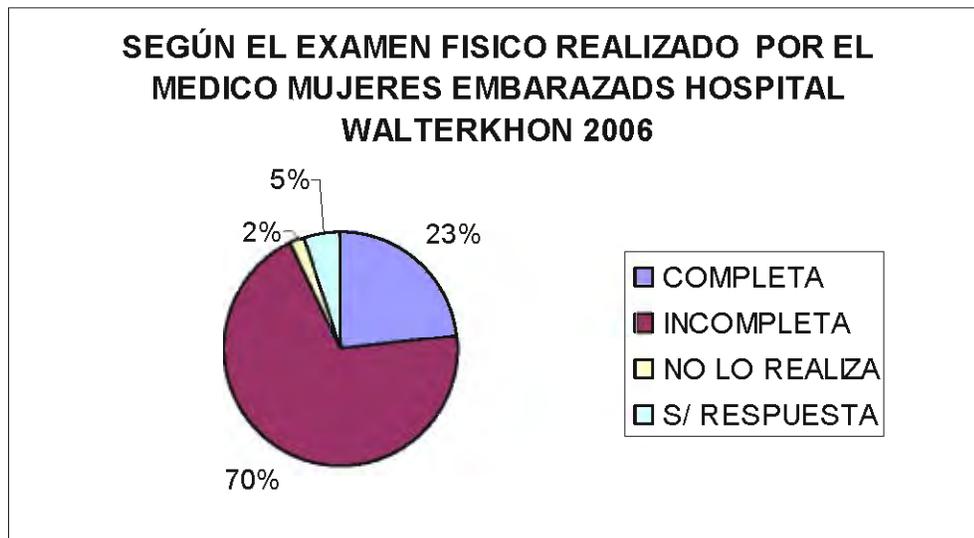
**GRAFICO No 11**



FUENTE DE INFORMACION: PROPIA

De las mujeres gestantes encuestadas el 96 % conoce sobre la existencia del Seguro Universal Materno-Infantil.

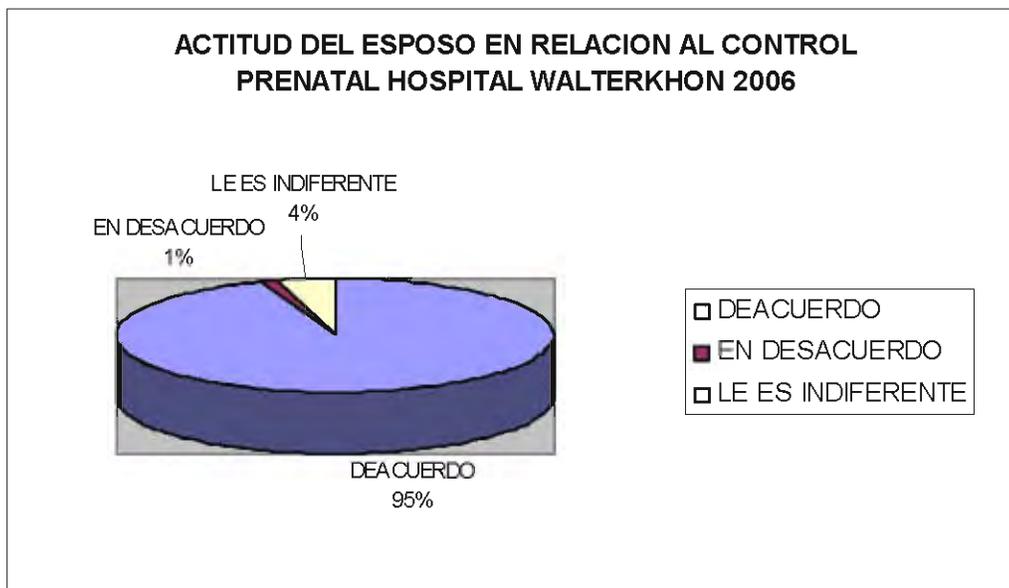
**GRAFICO No 12**



FUENTE DE INFORMACION: PROPIA

Un elevado porcentaje de las mujeres embarazadas no son examinadas por el personal medico en forma completa en el 70%, sin embargo existe un porcentaje significativo que refiere que el medico la examina en forma completa en el 23%

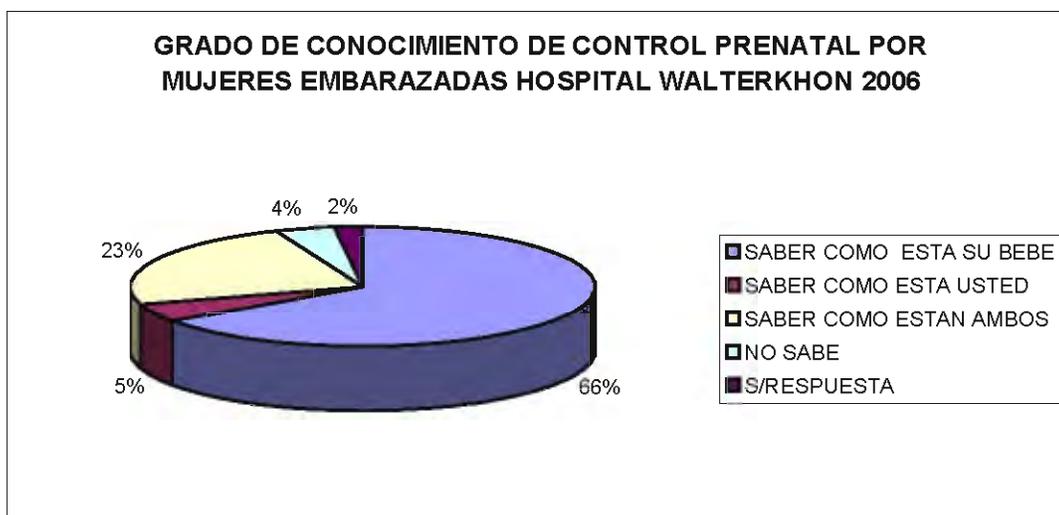
**GRAFICO No 13**



FUENTE DE INFORMACION: PROPIA

El 95 % de los esposos de las mujeres embarazadas están de acuerdo con su control prenatal .

**GRAFICO 14**



FUENTE DE INFORMACION: PROPIA

La importancia del control prenatal de la gestante, radica en el como esta el bebe en un 65% y de ambos en el 24% lo que significa que el grado de conocimiento de importancia del control prenatal es deficiente.

#### GRAFICO N°15



FUENTE DE INFORMACION: PROPIA

El mayor porcentaje de las mujeres encuestadas, el ingreso económico de su familia oscila entre menos de 250 BS a 500Bs en el 72%

#### VIII DISCUSION.-

De las 196 gestantes encuestadas, están comprendidas entre 15-30 años de edad, con un estado civil casada y unión estable en un 74%, cuya ocupación en el mayor porcentaje es labores de casa en un 86,5% ,y un porcentaje mínimo(13,5%) son estudiantes, comerciantes, profesionales y otros .Solo el 12 % de las gestantes trabaja en una institución gubernamental, privada o en forma independiente ,lo que significa que no es un factor para que la mujer embarazada realice sus controles en forma periódica.

El mayor porcentaje de las embarazadas viven cerca del hospital Walter Khon en el 71%, lo que significa que tampoco es un factor, porque no amerita ningún gasto.

El mayor porcentaje de las gestantes es atendido en forma regular en un 45% y minimamente mal en un 4% , por los servicios de admisión y parte medica, por los siguientes aspectos: un buen porcentaje de embarazadas no reciben explicación del personal de salud, sobre situación actual de la paciente en consulta en el 41%, charlas educativas en el 70%, y el examen físico realizado por el medico es en forma incompleta en el 69%, por otra parte, pese a existir un buen porcentaje de mujeres gestantes que fueron atendidas amablemente por los servicios de admisión el 47%, enfermería el 73% y la parte medica el 52%, existe un porcentaje significativo que fueron atendidos de mal humor por los servicios de admisión en el 23% y parte medica el 15% y con indiferencia por el servicio de admisión el 10% y medica en el 16%, que son considerados como factores que de cualquier forma repercute en la continuidad de la gestante a sus controles.

Referente a la atención en los servicios, en cuestión de tiempo el 43% de las pacientes indican que tardan mucho por el número elevado de pacientes (69%) del 43% y en un porcentaje mínimo por conversaciones largas con otras personas, abandono de funciones del personal momentáneamente y conversaciones largas por teléfono que hace el 31% considerándose un factor que de cualquier forma repercute en la no asistencia de la paciente.

El mayor porcentaje de la mujeres embarazadas conoce el seguro universal materno infantil lo que significa que no es un factor.

El mayor porcentaje de los esposos de las mujeres gestantes están de acuerdo para que realicen su control prenatal, lo cual no es considerada como un factor de influencia.

El grado de conocimiento sobre la importancia del control prenatal para las mujeres embarazadas radica en el que como esta el bebe y en un porcentaje mínimo de ambos, lo que significa que en cuanto al conocimiento sobre importancia del control prenatal por la embarazada es deficiente, por lo que también es considerada un factor.

Según el ingreso económico familiar de la embarazada oscila entre menos de 250 bolivianos a 500 bolivianos, lo que significa que no es un factor influyente, porque la mayor parte de las gestantes viven cerca del hospital, lo cual no amerita un gasto, por otra parte la atención es gratuita.

## **IX CONCLUSIONES**

De acuerdo a la investigación realizada sobre causas de inasistencia continua de la gestante a control prenatal se llega a las siguientes conclusiones.

El mayor porcentaje de las mujeres embarazadas son de estado civil casada y unión estable, que en su mayoría son amas de casa y que en un mínimo porcentaje trabajan en forma independiente, lo que significa que no son factores que influyen en inasistencia continua de las gestantes a control prenatal.

El ingreso familiar de las mujeres embarazadas oscila entre menos de 250 bolivianos y 500 bolivianos, sin embargo no es un factor de mucha significado, debido a que la atención de la mujer embarazada es gratuita, y la gran mayoría vive cerca del hospital por lo que no amerita un gasto.

El conocimiento de la mujer embarazada sobre la importancia del control es deficiente puesto que radica en el que como esta el bebe y no así de ambos, la cual es considerada como un factor de mucha importancia.

El mayor porcentaje de las mujeres encuestadas conoce el seguro universal materno Infantil.

La atención por el personal de salud por los servicios de admisión y medica es de forma deficiente porque no recibe explicación alguna sobre situación actual en consulta, charlas educativas, y el examen físico realizado por el medico es en forma incompleta, así mismo estas gestantes son atendidas de mal humor y con indiferencia por estos dos servicios.

Tardan mucho en la atención a la paciente desde el momento del ingreso hasta que el medico la atiende, por el numero elevado de pacientes, por lo que se considera uno de los factores . El mayor porcentaje de los esposos esta de acuerdo que su esposa realice el control prenatal.

## **X RECOMENDACIONES**

-Primeramente socializar este trabajo a todo el personal para que tengan en conocimiento sobre lo que esta sucediendo en el hospital Walter Khon respecto a este programa.

-Cambio de algunas actitudes negativas del personal de salud que repercute en la atención del paciente.

-Realizar cursos de capacitación referente a relaciones humanas a todo el personal de salud.

-Realizar cursos de capacitación sobre calidad de atención a todo el personal de salud.

-Reducir el tiempo de espera en consulta.

-Realizar charlas educativas sobre el embarazo, parto y puerperio.

-Explicar sobre importancia del control prenatal e informar sobre situación actual en cada consulta a la paciente.

-Concientizar al personal medico para la realización del examen físico completo de la paciente.

## **XI BIBLIOGRAFIA**

**1 DISEÑO Y PROGRAMACION: EDUCACION MEDICA CONTINUA**  
<http://www.drscope.com/pac/ginecoobs/03/03-pg9.htm>

**2 CAUSAS DE INASISTENCIA CONTROL PRENATAL EN UNA POBLACION URBANA DE GUATEMALA**

<http://www.metabase.net/docs/fm-usac/04499.html>

**3 MORTALIDAD PARINATAL/ESTUDIO COLABORATIVO INSTITUCIONAL HOSPITALES DEL SUR DEL PERU 2000**

<http://www.fhv.diagnostico.org.pe/revista/numeros/20041ene.feb04116-21.htm>.

**4 Dr. PEDRO FANEITA A, CLARA RIBERA, PORQUE NO SE CONTROLA EL EMBARAZO ,REVISTA OBSTET. GINECOL. VENEZ v62 n2 Caracas junio 2002**

[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322002000200001&lng=pt&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322002000200001&lng=pt&nrm=iso&tlng=es)

**5 PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD BOLIVIA 1RA EDICION NOVIEMBRE 2001**

**6 BOLETIN MENSUAL DEL SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION EN SALUD,  
LAPAZ 1 DE SEPTIEMBRE 2003 NUMERO 2**

<http://www.sns.gov.bo/reloaa>

**7 Daza Arce, Janett Marlene. Peña Villalta, ALdo Alex, titulo CALIDAD DE  
ATENCION DURANTE EL CONTROL PRENATAL DESDE LA PERSPECTIVA DE  
LA USUARIA EN PRIMER NIVEL COCHABAMBA 2005**

<http://www.ops.org.bo/textocompleto/rnc70.pdf>

**8 ELABORADO POR EL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA REPORTE  
DEPARTAMENTAL DE CHUQUISACA RECURSOS FINANCIEROS E  
INDICADORES SOCIALES, SECTORIALES**

[Http://www.ine.gov.bo/PDF/DIFD/RecursosFinancierosIndicadoresSectorialesSociales  
chuquisaca.pdf](Http://www.ine.gov.bo/PDF/DIFD/RecursosFinancierosIndicadoresSectorialesSocialeschuquisaca.pdf)

**9 BOLETIN MENSUAL DE PRODUCCION DE SERVICIOS**

<http://www.sns.gov.bo/reloaa1/boletines>

**10 FUENTE DE INFORMACION SNIS DE ENERO A AGOSTO DEL 2006  
OBTENIDOS DEL HOSPITAL WALTERKHON-ORURO**

**11 EMBARAZO SALUDABLE**

[http://www.nl.gob.mx/?P=salud\\_mujer\\_probemb\\_embosalud](http://www.nl.gob.mx/?P=salud_mujer_probemb_embosalud)

**12 PACGO-1libro 3Obtetricia Educación Medica Continua**

<http://www.discope.com//pac/gineobt/03/03pag8htm>.

**13 GUIAS TECNICAS DEL SEGURO BASICO DE SALUD, MINISTERIO DE SALUD Y PREVISION DE SALUD, REFORMA DE SALUD, SEGUNDA EDICION ENERO 2001**

**14 METAS DEL MILENO**

<http://209.85.135.104/search?q=cache:fHsWiK85WT8J:www.udape.gov.bo/MetasDelMilenio/1er%2520Informe%2520de%2520Progreso%25202001.pdf+%22control+prenatal%22+datos+estadisticos&hl=es&gl=bo&ct=clnk&cd=4>

**15 SALUD MATERNO PERINATAL**

A:Unitit/ed document.htm4./.SALUD MATERNO-PERINATAL

**16 RESULTADOS DE GESTION 1993-1997 MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO SECRETARIA NACIONAL DE SALUD gestion 1999.**

**17 GUIAS TECNICAS DEL SEGURO BASICO DE SALUD, MINISTERIO DE SALUD Y PREVISION DE SALUD, REFORMA DE SALUD, SEGUNDA EDICION ENERO 2001(17)**

**18 BOLETIN INFORMATIVO DEL SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL DICIEMBRE 2002**

**19 CONTROL PRENATL**

<Http://www.el dia.as/2001-05-10/Tenerife/Tenerife 19prn.htm>.

**20 ALTO RIEZGO OBTETRICO**

[http://www.msd.es/publicaciones/mmerck\\_hogar/seccion\\_22/seccion\\_22\\_244.html](http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_22/seccion_22_244.html)

**21 Faúndez A: Control Prenatal. En: Obstetricia. Pérez Sánchez, A., Donoso Siña, E. Eds. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Capítulo 12 - Segunda Edición, página 156-167, 1992.(20)**

[http://escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/Obstetricia/AltoRiesgo/control\\_prenatal.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/Obstetricia/AltoRiesgo/control_prenatal.html)

**22 ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO DE NORMAS PROCEDIMIENTOS Y SITUACIONES DE LA EMBARAZADA EN ATENCION PRIMARIA(3)**

<http://www.ssusa.cl/96063.html>

# ANEXOS

## ENCUESTA

### CAUSAS DE INASISTENCIA CONTINUA A CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL WALTERKHON ORURO BOLIVIA 2006

Solicitamos cordialmente que pueda responder con mayor sinceridad posible ya que la información que se obtenga se utilizara para fines de mejorar la atención en este programa.

#### I IDENTIFICACION

Edad.....

Estado civil.....

Ocupación.....

Religión.....

Residencia.....

Idioma.....

#### II PREGUNTAS

##### 1.-Hasta que curso usted ha cursado?

Ninguna          Primario          Secundario          Nivel superior

##### 2.-Cuanto es el ingreso económico de su familiar , mensualmente?

< de 250 Bs          de 251-500Bs          de 501-1000 Bs          > de  
1000Bs

##### 3.- Cuantos hijos tiene usted?

Ninguno          1 hijo          2 hijos          3 hijos          4 hijos  
+ de 5 hijos

##### 4.-Como se encuentra su casa en relación al hospital Walter Khon?

Cerca          Lejos          No tiene Problemas

##### 5.-Usted trabaja en una institución?

Gubernamental          Privada          Mixta          Independiente  
no trabaja

##### 6.-Como es la atención en el hospital ?

Excelente          Bien          Regular          Mal

Si la respuesta es regular y mal responda la siguiente pregunta

**7.-En que servicio es regular y mal**

Regular	Mal
En el servicio de admisión	en el servicio de admisión
Servicio de enfermería	Servicio de enfermería
Medico	Medico
Personal de limpieza	Personal de limpieza
Otros	Otros
Todos	Todos

**8.-La atención en el Hospital es:**

Rápida	tardan moderadamente	tardan
mucho		

**9.-Porque tardan mucho en la atención en el hospital?**

- a.- Numero elevado de pacientes
- b.- Conversaciones largas por teléfono
- c.- Conversaciones frecuentes con otras personas
- d.- Abandono de funciones momentáneamente
- e.- a y b
- f.- a y c
- g.- a y d

**10.-Usted ha observado preferencias en la atención al paciente en el hospital?**

SI NO

Si la respuesta es Si Responda la siguiente pregunta.

**11.- En que servicio observo tal preferencia?**

- a.- Servicio de admisión
- b.- Servicio de enfermería
- c.- Consultorio Medico
- d.- a y b
- e.- a y c
- f.- b y c
- Todos

**12.-Como le atiende el personal de admisión?**

Amablemente                      Algunas veces amablemente                      de mal humor                      algunas veces de mal humor                      con indiferencia                      algunas veces con indiferencia

**14.-Como le atiende el personal de enfermería?**

Amablemente                      algunas veces amablemente                      de mal humor                      algunas veces de mal humor                      con indiferencia                      algunas veces con indiferencia

**15.-como le atiende el personal medico?**

Amablemente                      algunas veces con amabilidad                      de mal humor                      algunas veces de mal humor                      con indiferencia                      algunas veces con indiferencia

**16.- Usted realiza su control prenatal para saber?**

Como esta el bebe                      como esta usted                      como están ambos o no sabe

**17.-Usted recibe explicación del personal medico sobre su situación actual en los controles que realiza?**

SI                      Alguna veces                      NO

**18.-cuando usted realiza su control prenatal le examinan su cuerpo en forma ?**

Completa                      Incompleta                      No lo realiza

**19.- cuando usted realiza su control el medico le pregunta si ha tenido alguna molestia (examen subjetivo)**

No                      Algunas veces                      Si

**20.-Cuando usted realiza su control prenatal en el hospital, le explicaron que es importante que realice en forma continua sus controles y el por que?**

Si                      No                      Alguna veces

**21.-Su esposo en relación a su control prenatal esta?**

De acuerdo                      en desacuerdo                      Le es indiferente

**22.-Usted o algún familiar ha tenido alguna mala experiencia en el hospital?**

SI                      NO

Si la respuesta es Si responda la siguiente pregunta .

**23 La experiencia mala que tuvo usted fue por que?**

Le trataron mal

Falleció algún familiar

Presento alguna complicación

otro

todo

**24.-Usted sabe que el control prenatal y otras prestaciones durante el embarazo y seis meses después es gratuito es decir que cubre el SUMI?**

Si

No

Si la respuesta es Si responda la siguiente pregunta.

**25.-Porque medios se entero del Seguro Universal Materno Infantil?**

Radio

TV

Personal de salud

Familiar

Vecino

Otro

**26.-Desde cuando sabe que la atención es gratuita?**

Menos de 1 año

1 año

2 años

3 años

4 años

más de 5 años

**27.- El personal de salud le da charlas sobre diferentes temas relacionados a su embarazo parto y después de que haya tenido su bebe?**

No

Algunas veces

SI

**28.- Que sugerencia daría usted para que mejore la asistencia periódica de las embarazadas a control prenatal?**

R.....

Gracias

**TABLA No1**

**MUJERES EMBARAZADS SEGÚN LA RELIGION  
HOSPITAL WALTERKHON 2006**

<b>RELIGION</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
CATOLICA	141	72
EVANGELICA	51	26
NINGUNO	4	2
<b>TOTAL</b>	<b>196</b>	<b>100</b>

FUENTE DE INFORMACION: PROPIA

**TABLA No 2**

**SEGÚN DONDE RADICA LA MUJER EMBARAZADA  
HOSPITAL WALTERKHON 2006**

<b>LUGAR</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
ORURO	173	88
S/RESPUESTA	17	9
OTRO	6	3
<b>TOTAL</b>	<b>196</b>	<b>100</b>

FUENTE DE INFORMACION: PROPIA

**TABLA No 3**

**MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN EL IDIOMA  
QUE HABLAN HOSPITAL WALTERKHON 2006**

<b>IDIOMA</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>CASTELLANO</b>	130	66
<b>CASTELLANO Y AYMARA</b>	27	14
<b>CASTELLANO Y QUECHUA</b>	33	17
<b>S/RESPUESTA</b>	6	3
<b>TOTAL</b>	196	100

FUENTE DE INFORMACION: PROPIA

**TABLA No 4**

**MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN, HOSPITAL WALTERKHON 2006**

<b>NIVEL DE INSTRUCCION</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
NINGUNO	0	0
PRIMARIA	83	42
SECUNDARIA	78	40
NIVEL SUPERIOR	32	16
S/RESPUESTA	3	2
<b>TOTAL</b>	<b>196</b>	<b>100</b>

FUENTE DE INFORMACION : PROPIA

**TABLA No 5**

**MUJERES EMBARAZADS SEGÚN EL NUMERO DE HIJOS ,HOSPITAL WALTERKHON 2006**

<b>No DE HIJOS</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
NINGUNO	14	7
1 HIJO	72	37
2HIJOS	58	29
3 HIJOS	32	16
4 HIJOS	9	5
+ DE 5 HIJOS	11	6
<b>TOTAL</b>	<b>196</b>	<b>100</b>

FUENTE DE INFORMACION : PROPIA

**TABLA No 6**

**RELACION DE OCUPACION Y MUJERES EMBARAZADAS QUE TRABAJAN EN INSTITUCIONES DIFERENTES HOSPITAL WALTERKHON 2006**

<b>OCUPACION</b>	<b>INSTITUCION</b>									
	<b>GUBERNAMENTAL</b>		<b>PRIVADA</b>		<b>MIXTA</b>		<b>INDEPENDIENTE</b>		<b>NO TRABAJA</b>	
	No	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>LABORES DE CASA</b>	0	0	0		0	0	5	2,5	165	84
<b>COMERCIANTE</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1,5
<b>ESTUDIANTE</b>	0	0	2	1	0	0	5	2,5	0	0
<b>PROFESIONAL</b>	3	1,5	2	1	0	0	11	6	0	0
<b>TOTAL</b>	3	1,5	4	2	0	0	16	8,5	3	1,5

FUENTE DE INFORMACION : PROPIA

TABLA No 7

**MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN EXISTENCIA DE PREFERENCIA  
DE PACIENTES POR EL PERSONAL DE SALUD  
HOSPITAL WALTERKHON 2006**

<b>PREFERENCIA</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>42</b>	<b>21</b>
NO	148	76
S/ RESPUESTA	6	3
<b>TOTAL</b>	<b>196</b>	<b>196</b>

FUENTE DE INFORMACION : PROPIA

TABLA No 8

**MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN PREFERENCIA  
POR SERVICIO HACIA EL PACIENTE HOSPITAL WALTERKHON 2006**

<b>SERVICIO</b>	<b>PREFERENCIA</b>	
	No	%
a)ADMISION	22	52
b)ENFERMERIA	4	10
c)P. MEDICO	10	24
A y b	0	0
A YC	2	5
B YC	1	2
TODOS	3	7
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

FUENTE DE INFORMACION : PROPIA (SE TOMO 42 PERSONAS QUE RESPONDIERON SI )

TABLA No 10

**MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN MEDIOS POR LOS  
QUE SE INFORMO DEL SUMI HOSPITAL WALTERKHON 2006**

<b>MEDIOS DE COMUNICACION</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
TV	62	32
RADIO	52	28
PERSONAL DE SALUD	48	26
POR UN FAMILIAR	20	11
VECINO	2	1
OTRO	4	2
<b>TOTAL</b>	<b>188</b>	<b>100</b>

FUENTE DE INFORMACION: PROPIA

TABLA No 11

**TIEMPO DE CONOCIMIENTO DEL SUMI POR MUJERES EMBARAZADAS  
HOSPITAL WALTERKHON 2006**

<b>TIEMPO DE CONOCIMIENTO SUMI</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
< 1 AÑOS	20	10
1 AÑOS	42	21
2 AÑOS	46	24
3 AÑOS	30	16
4 AÑOS	24	12
> 5 AÑOS	34	17
<b>TOTAL</b>	<b>188</b>	<b>100</b>

FUENTE DE INFORMACION: PROPIO

**TABLA 12**

**MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN SI VIVIERON ALGUNA  
EXPERIENCIA NO AGRADABLE EN EL HOSPITAL WALTERKHON 2006**

EXPERIENCIA	NO	%
MALA		
SI	10	5
NO	178	91
NULO	8	4
<b>TOTAL</b>	196	100

FUENTE DE INFORMACION: PROPIO

**TABLA 13**

**EXPERIENCIA NO AGRADABLE MUJERES EMBARAZADAS  
HOSPITAL WALTERKHON 2006**

EXPERIENCIA MALA	NO	%
LE TRATARON MAL	4	40
PRESENTO ALGUNA COMPLICACION	4	40
FALLECIO ALGUN FAMILIAR	0	
AYB	0	
AYC	0	
TODO	0	
OTRO	2	20
<b>TOTAL</b>	10	100

FUENTE DE INFORMACION: PROPIO (Basada en 10 personas que respondieron Haber experimentado alguna experiencia no agradable)

TABLA No 14

**TABLA DE COMPARACION DE NUMERO DE CONTROLES PRENATALES Y COMPLICACIONES  
MUJERES EMBARAZADAS DE ENERO-AGOSTO 2006**

COMPLICACIONES	NINGUNO	1ER	2DO	3ERO	4TO	5TO	6TO	7MO	TOTAL
PARTO EUTOSICO	11	7	9	10	10	8	11	4	70
RETENCION DE RESTOS	1			1	1				3
DESGARRO PERINEAL	1	2							3
DILATACION ESTACIONARIA		1			3			1	5
AMENAZA DE P. P.	1		1	5	1	1		1	10
RUPTURA P.M.	1	3	1	1	3	2	1		11
HEMORRAGIA P.		3	3	2					8
SUFRIMIENTO F.		2	2	1					5
PREECLAMPSIA		1							1
INFECCION URINARIA		2			1	1			4
SIDA		1							1
CONDILOMA A.								1	1
AUSENCIA DE DATOS									11
TOTAL	4	15	7	10	9	4	1	3	133

FUENTE: HISTORIAS PERINATALES DE PACIENTES INTERNADAS.