

**UNIVERSIDAD ABIERTA  
INTERAMERICANA**

**SEDE REGIONAL ROSARIO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
CARRERA DE MEDICINA**

**Trabajo Final**

*“Influencias del control prenatal sobre mujeres embarazadas y recién nacidos, hallados en el Centro de Salud Santa Teresita de la ciudad de Rosario”*

**Autora: Cinthia Carolina Avetta**

**Tutor: Dra. Fernanda Candio**

**Diciembre de 2003**

## **RESUMEN**

Se efectuó un estudio observacional, retrospectivo de un grupo de pacientes obstétricas con el fin de analizar si las características de los controles prenatales influyen en el transcurso del embarazo y en los recién nacidos.

Se recabaron datos en las historias clínicas de 122 pacientes en gestación de las cuales 90 realizaron más de 5 controles y 32 menos de 5 controles, 78 pacientes embarazadas acudieron a la consulta antes de la semana número 20 y 44 después de la 20° semana de gestación. Realizando una comparación entre éstos datos y teniendo en cuenta que, de las pacientes que realizaron más de 5 controles, algunas de ellas no lo efectuaron previo a la 20° semana; se concluye que, 68 pacientes tuvieron un buen control durante el embarazo, dentro de los parámetros normales que se sugieren en la práctica médica, es decir realizar más de 5 controles durante el embarazo y que el 1° sea antes de la semana 20° de gestación.

Se observó que la edad media de las pacientes fue de 25 años con un desvío estándar de 6.68.

Con respecto a las alteraciones presentadas en el transcurso del embarazo no se observaron diferencias significativas entre las pacientes que tuvieron buen control en comparación con las que no lo tuvieron.

Dentro de las alteraciones más frecuente que surgieron durante el curso de los embarazos en el presente trabajo, la de mayor aparición fue la anemia.

De la totalidad de las pacientes estudiadas se observó que la mayoría realizaron controles posteriores al parto, y que el peso medio de los recién nacidos fue de 3179 gr., con una edad gestacional que oscilaba entre 37 y 42 semanas.



# **INDICE**

<b><u>RESUMEN</u></b>	<b>2</b>
<b><u>INTRODUCCION</u></b>	<b>4</b>
<b><u>OBJETIVOS</u></b>	<b>8</b>
<b><u>MATERIAL Y METODO</u></b>	<b>9</b>
<b><u>RESULTADOS</u></b>	<b>11</b>
<b><u>DISCUSION</u></b>	<b>23</b>
<b><u>CONCLUSIONES</u></b>	<b>27</b>
<b><u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u></b>	<b>28</b>
<b><u>APENDICE</u></b>	<b>29</b>

## **INTRODUCCION**

Se entiende por control prenatal (vigilancia, asistencia, cuidado, acompañamiento y consulta prenatal) a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de controlar 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 básicos; debe ser:**

- A) Precoz o temprano
- B) Periódico o continuo
- C) Completo o integral y
- D) Extenso o de amplia cobertura

- A) Precoz: El control deberá iniciarse lo más temprano posible, tratando de que sea dentro del primer trimestre de la gestación (antes de la 20ª semana). Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además torna factible la identificación precoz de embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en particular, en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir la paciente gestante y el lugar en el que ésta ha de realizarse.
- B) Periódico: La frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que exhibe la embarazada. Los embarazos de alto riesgo que son aquellos en que la madre, el feto y/o el neonato tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto, necesitan una mayor cantidad de consultas, cuyo número variará según la patología que presenten. Para las pacientes que no exhiban alto riesgo, algunas normas fijan un número de 5 consultas (una durante la primera mitad del embarazo antes de la semana número 20, una 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 fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

D) Extenso: Sólo en la medida en que el porcentaje de población controlada sea alto ( lo ideal sería que abarque a todas las embarazadas ) se podrán disminuir las tasas de morbimortalidad materna y fetal perinatal.

En general, para realizar un control prenatal efectivo, de por sí ambulatorio, no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados, ni laboratorio sofisticado; pero sí requiere el uso sistemático de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente, y el empleo criterioso 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 la medicina preventiva. Dotado con estas características y orientaciones es un fenómeno reciente y de gran desarrollo en los últimos treinta años. Aplicado en forma rutinaria y extensiva, juntamente con otras medidas, como la atención institucional del nacimiento, el empleo de criterios de riesgo para determinar referencia y niveles de asistencia, y la atención inmediata de los recién nacidos, contribuye a evitar muertes, lesiones maternas y fetales perinatales.

Además de la reducción de las tasas de mortalidad materna y fetal perinatal que puedan lograrse con la inclusión del control prenatal extensivo en los programas materno-infantiles, hay posibles efectos adicionales de impacto difíciles de medir pero no menos importantes. Alejar dudas de las gestantes, despejar los miedos y tabúes, lograr mayor acercamiento y confianza hacia el sistema de salud, una actitud más positiva hacia la maternidad, hacia el espaciamiento de los hijos, el mejoramiento de los

hábitos de vida familiares, mejor disposición para el control del crecimiento y del desarrollo ulterior del niño, fomentar la actitud hacia la lactancia natural, dar a conocer el plan de vacunación, etc. Son ejemplos obtenidos con el control prenatal.

**Son barreras para el control prenatal efectivo:**

- A) Su costo: a pesar de ser gratuita la consulta en el centro de salud, la paciente necesita medios suficientes como para abordar los gastos de transporte, hecho que sumado a la pérdida de horas laborales no resulta sencillo para la misma.
- B) Problemas en la organización, en la práctica y hasta en la atmósfera con que se brinda el control
- C) Barreras de orden cultural que generan un descreimiento de las embarazadas en las bondades del sistema de salud y en la necesidad del control, y
- D) Inaccesibilidad geográfica.



## **OBJETIVOS**

En virtud de todo lo expuesto y con el intento de lograr alguna información en torno al problema planteado, se decidió efectuar una exploración en mujeres embarazadas del “Centro de Salud Santa Teresita” de la ciudad de Rosario con el fin de determinar si la práctica muestra resultados esperados en correlación con lo que se expone en la bibliografía sobre el control prenatal.

-\*-

## **MATERIAL Y METODO**

El siguiente trabajo es un estudio observacional, analítico y retrospectivo realizado entre los meses de junio del 2000 y diciembre del 2002, en el “Centro de Salud Santa Teresita” de la ciudad de Rosario.

El estudio incluyó 122 pacientes embarazadas entre 12 y 41 años.

Estas pacientes fueron distribuidas en dos grupos clasificadas según tuvieron o no un buen control prenatal.

Se midieron las siguientes variables sobre las mujeres estudiadas :

- **Edad**: se refiere a la edad en años cumplidos de las pacientes al momento del estudio. Esta varía entre 12 y 41 años.
- **Semana de la primera consulta**: Esta variable se refiere a la semana en la cual la paciente realizó la primer consulta. Varía entre la semana número 8 y la semana 37.
- **Número de controles**: Se refiere al número de controles realizados por la paciente durante el embarazo. Varía de 1 a 12 controles.
- **Buen control prenatal**: Esta variable se refiere a si la paciente tuvo o no un buen control prenatal. Se define como un buen control prenatal a las pacientes que realizaron su primera consulta antes de las 20 semanas de embarazo y que además hayan realizado más de 5 controles. Tiene dos categorías: Si y No
- **Alteraciones durante el embarazo**: Se refiere a las alteraciones que la paciente pudo presentar durante el embarazo. Sus categorías son: No presentó alteraciones, anemia, hipertensión inducida por embarazo, infección urinaria, vaginitis y otras.
- **Número de gestas**: Número de gestas de la paciente, incluyendo la actual.

- **Controles en puerperio:** Esta referida a que si la paciente realizó o no controles en el puerperio. Sus categorías son Si y No.

**Las siguientes variables se midieron sobre los recién nacidos de las mujeres estudiadas**

- **Peso del recién nacido:** Está medida en gramos.
- **Edad gestacional del recién nacido:** Está medida en semanas.

**Metodología utilizada**

Se realizaron gráficos y tablas y se calcularon medidas descriptivas que permiten visualizar en forma sencilla las características de este grupo de mujeres y de los respectivos recién nacidos.

Se empleó el Test de Hipótesis no paramétrico Chi-Cuadrado (corregido) y se utilizó un nivel de significación del 5%

Se utiliza también el Test exacto de Fisher cuando no puede aplicarse el Test Chi-Cuadrado.

# **RESULTADOS**

## **Distribución de la edad de las mujeres embarazadas**

Mediante este histograma se observa que la distribución de la edad de las mujeres embarazadas presentó una asimetría por derecha. El rango etéreo 17 - 23 años es el que presentó una mayor frecuencia.

## **Medidas resumen de la edad de las mujeres embarazadas**

<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desvío estándar</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
24.65	22.5	6.68	12	41

Las edades de las pacientes embarazadas se encontraba entre los 12 y 41 años. La edad promedio fue de 24.65 años con un alto desvío estándar de 6.68 años.

El 50% de estas mujeres tenían menos de 22.5 años.

### **Número de controles durante el embarazo**

A partir de este gráfico se observa que el número de controles realizados por las pacientes durante el embarazo se encuentra entre uno y doce controles.

La mayoría de las mujeres realizaban entre 7 y 10 controles, mientras que la minoría realizaron 11 y 12 controles.

### **Porcentaje de pacientes embarazadas clasificadas según si tuvieron o no más de 5 controles**

<b>Número de controles durante el embarazo</b>	<b>Porcentaje</b>
Menos de 5	34.5
5 o más	65.5

El 34.5 % de la mujeres embarazadas realizaron menos de 5 controles prenatales.

### **Distribución de la semana en la que se realiza la primera consulta**

Se observa que la distribución de la semana del embarazo en la que se realizó la primera consulta presentó una leve asimetría por derecha.

**Medidas resumen de la semana del embarazo en la que se realiza la primera consulta**

<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desvío estándar</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
19	18	6.74	8	37

La semana del embarazo en la que se realizó la primera consulta varió entre la octava semana y la semana número 37. En promedio, estas mujeres realizaron su primera consulta a las 19 semanas de embarazo (desvío estándar de 6.74 semanas). El 50 % de las mujeres embarazadas realizaron su primera consulta entre la octava semana y la semana 18.

**Distribución del número de pacientes embarazadas clasificadas según si tuvieron o no un buen control prenatal.**

Se observó que la frecuencia de mujeres que tuvieron un buen control prenatal fue muy similar a la de las mujeres que no lo tuvieron. Es decir, aproximadamente la mitad de la mujeres estudiadas tuvieron un buen control prenatal.

**Distribución del número de pacientes embarazadas clasificadas según si presentaron o no alteraciones durante el embarazo**

Se observa a partir del gráfico que la frecuencia de mujeres embarazadas que presentaron alteraciones durante el embarazo fue muy similar al de las mujeres embarazadas que no presentaron alteraciones.

**Distribución del número de pacientes embarazadas, clasificadas según si tuvieron o no buen control prenatal y si presentaron o no alteraciones durante el embarazo.**

<b>Buen control pre-natal</b>	<b>Alteraciones en el embarazo</b>	
	<i>Si</i>	<i>No</i>
<i>Si</i>	41	27
<i>No</i>	23	31

**Test Chi-cuadrado corregido:**  $X^2 = 3.105$  p-value = 0.78

Por lo tanto, la presencia o no de alteraciones durante el embarazo no está asociada en forma significativa con el buen control pre-natal.



**Distribución del número de mujeres embarazadas que presentaron alteraciones durante el embarazo clasificadas según el tipo de alteración**

Se observó que las alteraciones más frecuentes fueron la Anemia, la Infección urinaria y la Vaginitis, mientras que la Hipertensión inducida por el embarazo presentó una muy baja frecuencia.

**Distribución del número de gestas de las mujeres embarazadas**

Se observó una alta frecuencia de mujeres que presentaban una y dos gestas.

### Porcentaje de mujeres clasificadas según el número de gestas

Número de gestas	Porcentaje
Una (primigestas)	31.1
Dos	29.5
Tres o más	39.4

El 31.1% de las mujeres embarazadas eran primigestas, el 29.5 % presentaba dos gestas y el 39.4% presentaba tres gestas o más.

### Distribución del número de mujeres embarazadas clasificadas según el número de gestas y si presentaron o no buen control pre-natal

Número de gestas	<i>Buen control pre-natal</i>		Total
	<i>Si</i>	<i>No</i>	
<i>Una</i>	25	13	38
<i>Dos</i>	17	19	36
<i>Tres o más</i>	26	22	48
<b>Total</b>	68	54	122

Test Chi-cuadrado corregido:  $X^2 = 2.662$  p-value = 0.264

Por lo tanto, el hecho de que una paciente presente o no un buen control prenatal no está asociado significativamente con el número de gestas.

**Porcentaje de mujeres embarazadas clasificadas según si realizan o no controles en el puerperio**

Se observó que la mayoría de las mujeres (64 %) realizaron controles en el puerperio, mientras que el 36 % no realizaron controles.

**Distribución del número de mujeres embarazadas clasificadas según si presentaron o no buen control prenatal y si realizaron o no controles en el puerperio**

<b>Buen control pre-natal</b>	<b>Controles en el puerperio</b>	
	<i>Si</i>	<i>No</i>
<i>Si</i>	53	15
<i>No</i>	25	29

**Test Chi-cuadrado corregido:**  $X^2 = 11.735$  p-value = 0.0006

Por lo tanto, el hecho de que una paciente presente o no un buen control prenatal está asociado significativamente con la realización o no de controles en el puerperio.

**Razón de odds:** RO = 4.09            IC 95% ( 1.85 ; 8.88 )

La chance de que una paciente realice controles en el puerperio es cuatro veces mayor para las pacientes que presentaron un buen control prenatal que para las pacientes que no lo presentaron.

### **Distribución del peso de los recién nacidos**

A partir del gráfico se concluye que la distribución del peso de los recién nacidos fue asimétrica por izquierda, ya que se observa la presencia de dos valores extremos correspondientes a recién nacidos de muy bajo peso.

### **Medidas resumen del peso de los recién nacidos (en gramos)**

<b>Media</b>	<b>Desvío estándar</b>	<b>Percentil 25</b>	<b>Mediana</b>	<b>Percentil 75</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
3179.23	567.93	2950	3200	3565	900	4000

El peso de los recién nacidos varía entre 900 gr. y 4000 gr. El peso promedio es de 3179.23 gr. con un desvío estándar de 567.93 gr. Se observa que la mayoría de los recién nacidos presentaba un peso adecuado.

**Distribución del número de mujeres embarazadas clasificadas según si presentaron o no buen control pre-natal y el peso del recién nacido**

<b>Peso del recién nacido</b>	<b>Buen Control pre-natal</b>	
	<i>Si</i>	<i>No</i>
< 2500 gr.	0	5
≥ 2500 gr.	53	73

**Test Exacto de Fisher:**      p-value = 0.0025

A partir de este test se concluye que el peso del recién nacido está relacionado significativamente con el hecho de que la paciente presente o no un buen control prenatal.

**Distribución del número de recién nacidos clasificados según la edad gestacional**

La gran mayoría de los recién nacidos presentaban una edad gestacional entre 37 y 42 semanas (Término), mientras una muy baja frecuencia presentaban una edad gestacional menor de 37 semanas (Pre-término). No se observaron recién nacidos Post-término.

**Distribución del número de mujeres embarazadas clasificadas según si presentaron o no buen control prenatal y la edad gestacional del recién nacido**

Edad gestacional del recién nacido	Buen Control pre-natal	
	<i>Si</i>	<i>No</i>
<i>&lt; 37 semanas</i>	0	4
<i>≥ 37 semanas</i>	53	21

**Test Exacto de Fisher:** p-value = 0.0088

A partir de este test se concluye que la edad gestacional del recién nacido está relacionado significativamente con el hecho de que la paciente presente o no un buen control pre-natal.

-\*\_

## **DISCUSION**

La finalidad de esta investigación esta basada en detectar a las mujeres embarazadas que realizaron o no un buen control prenatal y si existe o no correlación con las variables estudiadas.

En el análisis de los resultados se concluyen las siguientes observaciones:

Las pacientes presentadas en el trabajo se encuentran entre los 12 y 41 años, teniendo mayor frecuencia el rango entre los 17 y 23 años. La edad promedio es de 24.65 años con un alto desvío estándar de 6.68 años.

El 50% de estas mujeres tenían menos de 22.5 años.

Se observó que el número de controles realizados por las pacientes durante el embarazo se encontraba entre 1 y 12.

La mayoría de las mujeres realizaron entre 7 y 10 controles, mientras que la minoría realizaron 11 y 12 controles.

Cuando se clasificaron a las pacientes según el número de controles se determinó que el 34.5 % de las pacientes realizaron menos de 5 controles y el 65.5 % 5 o más controles.

Con respecto a la semana del embarazo en la que se realizó la primera consulta, ésta varía entre la 8° semana y la semana número 37. En promedio, éstas mujeres realizaron su primera consulta a las 19 semanas de embarazo, con un desvío estándar de 6.74 semanas y una mediana de 18.

El 50 % de las mujeres embarazadas realizó su primera consulta entre la octava semana y la semana 18.



Analizando los datos expuestos anteriormente se concluye que 68 pacientes presentaron un correcto control prenatal, mientras que 54 no lo tuvieron, esto demuestra que casi el 50 % de las pacientes no cumple con los criterios requeridos para el correcto control del embarazo, es decir realizar la primera consulta antes de la semana 20 y tener más de 5 controles durante el transcurso del embarazo. Esto puede deberse al hecho de que el presente estudio se realizó en un solo centro de salud. Sería interesante comparar estos datos con los publicados en algún trabajo que mida estas variables sea argentino, latinoamericano, de habla inglesa o europeo.

De las 122 pacientes en estudio, 64 presentaron alguna alteración en el curso de su gestación y 58 tuvieron un embarazo sin complicaciones.

Si se comparan estos datos en relación al correcto control prenatal, se observará que no existe correlación directa entre un inadecuado control prenatal y la aparición de alteraciones durante el embarazo, ya que las pacientes que tuvieron un buen control presentaron mayor número de complicaciones.

Las complicaciones encontradas fueron en orden de frecuencia descendente la anemia, la infección urinaria, la vaginitis, la hipertensión inducida por el embarazo y otras dentro de las que se incluyen: la diabetes gestacional, el hematoma retroplacentario y la amenaza de parto prematuro. Es importante tener en cuenta que una paciente puede tener más de una complicación en el transcurso de la gestación.

Se observó una alta frecuencia de mujeres con una y dos gestas, incluyendo el embarazo que cursaba durante el estudio.

El 31 % eran primigestas, el 29.5% presentaba dos gestas, y el 39.4 presentaba 3 o más gestas. En esta variable hay que destacar que el número de gestas no está asociado significativamente a que una mujer tenga o no un buen control durante la gestación.

El 64 % de las mujeres realizaron controles en el puerperio, mientras que el 36 % no realizaron controles. Observándose que la mayor parte de las mujeres que tuvieron un buen control prenatal continuaba con los controles correspondientes luego del parto, mientras que gran parte de las pacientes con inadecuados controles prenatales no realizaron controles durante el puerperio.

Por lo tanto, el hecho de que una paciente presente o no un buen control prenatal está asociado significativamente con la realización o no de controles en el puerperio.

Con respecto al peso de los recién nacidos se concluye que la distribución fue asimétrica ya que se observó la presencia de dos valores extremos correspondientes a recién nacidos de muy bajo peso.

El peso de los recién nacidos varió entre 900 gr. y 4000 gr. El peso promedio fue de 3179.23 gr. con un desvío estándar de 567.93 gr. y una mediana de 3200 gr. El percentil 25 fue de 2950 gr. y el percentil 75 de 3565 gr. Se observa que la mayoría de los recién nacidos presentó un peso adecuado.

Se concluye que el peso de los recién nacidos está relacionado significativamente con el control prenatal, ya que los recién nacidos de bajo peso, es decir menor de 2500 grs., que se hallaron en el estudio, fueron hijos de madres con inadecuados controles.

La gran mayoría de los recién nacidos presentaban una edad gestacional entre 37 y 42 semanas (Término), mientras una muy baja frecuencia presentaban una edad gestacional menor de 37 semanas (Pretérmino), teniendo esto correlación directa con los recién nacidos de bajo peso y con el inadecuado control prenatal. No se observaron recién nacidos postérmino.

Hubo un importante número de recién nacidos en los que no se pudo determinar ni el peso ni la edad gestacional, ya que sus madres no se controlaron durante el puerperio.

Hay que concientizar a las pacientes obstétricas que un correcto control prenatal puede detectar a tiempo las posibles complicaciones y realizar tratamientos adecuados, para de esta manera evitar alteraciones tanto en la madre como en el bebé.

-\*-

## **CONCLUSIONES**

1. La mayoría de las pacientes que se incluyeron en dicho estudio eran mujeres jóvenes (entre 17 y 23 años de edad).
2. Del total de las pacientes la mayor parte presentó un buen control prenatal.
3. El número de gestas no se asocia a que una mujer realice o no buen control durante el embarazo.
4. La mayoría de las complicaciones relacionadas con la gestación, se observaron en pacientes con buen control prenatal.
5. Las pacientes que tuvieron adecuados controles prenatales en general continúan su seguimiento posterior al parto, mientras que las pacientes que no se controlaron correctamente durante el embarazo en su mayoría tampoco lo realizaron durante el puerperio.
6. No se pudo demostrar que un mal control prenatal aumente las complicaciones durante el embarazo, pero sí que afecta en forma directa la vitalidad del recién nacido, ya que el peso y la edad gestacional están asociados al control prenatal.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Williams Obstetricia. Control prenatal. 20ª edición. Editorial Panamericana.
2. Schwarcz Leopoldo Ricardo. Obstetricia. 5ª edición. Editorial El Ateneo.
3. Propuesta normativa perinatal. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Tomo 1. Año 1993.
4. Atención prenatal y del parto de bajo riesgo. Control prenatal. Normativa de CLAP. Año 1991.
5. <http://www.cedip.cl/Guia2003/capitulo06.swf> Doctor Osvaldo Artaza Barrios. Ministro de salud
6. <http://www.buenasalud.com/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3340&ReturnCatID=1892> Doctora Diana Galimberti . Miembro del comité científico de Celsam Argentina.
7. [http://www.elizalde.gov.ar/novedades/novedades\\_embarazo.asp](http://www.elizalde.gov.ar/novedades/novedades_embarazo.asp) Doctora Cristina Laterra. Propuesta Normativa Perinatal Tomo I.
8. [http://ar.geocities.com/maternoinfantil2003/control\\_prenatal.htm](http://ar.geocities.com/maternoinfantil2003/control_prenatal.htm)
9. <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol33No1/prenatal.htm> Herrera JA, Moreno CH. Comportamiento gráfico de la presión arterial diastólica en gestantes con riesgo de preeclampsia.



## **APENDICE**

**Distribución del número de mujeres embarazadas clasificadas según presentaron o no alteraciones durante el embarazo y al número de controles.**

<b>Alteraciones durante el embarazo</b>	<b>Número de controles</b>	
	<i>Menos de 5</i>	<i>5 o más</i>
<i>Si</i>	14	50
<i>No</i>	18	40

**Test Chi-cuadrado corregido:**  $X^2 = 0.88$  p-value = 0.346

Por lo tanto, el número de controles realizados durante el embarazo (menor o mayor a 5 controles) no está relacionado de manera significativa con la presencia o no de alteraciones durante el embarazo.

**Porcentaje de mujeres embarazadas clasificadas según la vía de parto**

El 72% de las mujeres embarazadas realizan el parto por vía vaginal, mientras que el 28% por operación cesárea.

-\*-