

# ASOCIACIÓN ENTRE CONTROL PRENATAL ADECUADO Y FACTORES MATERNOS EN MUJERES QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMÓN SARDÁ DURANTE EL AÑO 2018-2019

Lic. Veiga, A\*; Lic. Cantero, A\*\*; Lic. Sampayo, D\*\*\*; Lic. Knorr, L. \*\*\*\*

\*Licenciada Obstétrica de planta, Coordinadora Local de residentes Obstétricas.

Contacto: veigangelica@yahoo.com.ar

\*\*Licenciada Obstétrica suplente de guardia

\*\*\*Licenciada Obstétrica suplente de guardia

\*\*\*\*Licenciada Obstétrica jefa de residentes

## RESUMEN

### OBJETIVOS:

Evaluar asociación entre el cumplimiento del Control Prenatal Adecuado y algunos factores maternos.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño analítico, de corte transversal en 340 mujeres. Se utilizó el carnet prenatal y una encuesta cerrada para obtener información de precocidad, periodicidad y completitud en mujeres que se cursaban su puerperio inmediato durante Mayo de 2018- Febrero de 2019.

Variables: Control Prenatal adecuado, Edad Materna, Paridad, Nivel educativo y Lugar de residencia.

RESULTADOS: De 340 mujeres, el 19,12% tuvo un control prenatal adecuado. El 30,88% logró iniciar precozmente; el 60,59% fue periódico y el 39,12% fue completo. Un 29,70% no cumplimentó ninguno de los 3 requisitos.

No encontramos una diferencia significativa para un control prenatal adecuado y la paridad, observando un OR=0,65; IC95%: 0,37-1,12, tampoco con la edad materna, con un OR= 0,84; IC95%: 0,38-1,81, al igual que el nivel de instrucción con un OR=0,59; IC95%: 1,17-2,02. Para el lugar de residencia, encontramos un OR=3,03; IC95%: 1,73-5,32 dando estadísticamente significativo.

### CONCLUSIÓN:

El porcentaje de mujeres que logran cumplir con los requisitos de un control prenatal adecuado es significativamente bajo. Queda una deuda pendiente con 101 (29,70%) que no lograron ni logramos cumplir con ningún requisito, considerando que el cuidado de la salud durante el embarazo es un buen ejemplo de medicina preventiva en el campo perinatal.

## ASSOCIATION BETWEEN APPROPRIATE PRENATAL CONTROL AND MATERNAL FACTORS IN WOMEN ATTENDED IN THE MOTHER INFANTIL HOSPITAL RAMON SARDÁ DURING THE YEAR 2018-2019

### ABSTRACT:

**OBJECTIVES:** Evaluate the association between compliance with proper Prenatal Control and some maternal factors.

**MATERIAL AND METHODS:** Analytical design, cross-sectional in 340 women. Prenatal card and a closed survey were used to obtain precocity, periodicity and completeness information in women who took their immediate postpartum during May 2018- February 2019. Variables: Appropriate Prenatal Control, Maternal Age, Parity, Educational Level and Place of Residence.

**RESULTS:** Of 340 women, 19.12% had adequate prenatal care. 30.88% managed to start early; 60.59% was periodic and 39.12% was complete. 29.70% did not meet any of the 3 requirements. We do not find a significant difference for proper prenatal monitoring and parity, observing an OR-0.65; IC95%: 0.37-1.12, either with maternal age, with an OR 0.84; IC95%: 0.38-1.81, as well as the instruction level with an OR-0.59; IC95%: 1.17-2.02. For the place of residence, we find an OR 3, 03; IC95%: 1.73-5.32 giving statistically significant.

**CONCLUSION:** The percentage of women who meet the requirements for adequate prenatal care is significantly low. There is a pending debt with 101 (29.70%) who did not meet or fail to meet any requirement, considering that health care during pregnancy is a good example of preventive medicine in the perinatal field.

### OBJETIVOS:

1- Evaluar si existe asociación entre el cumplimiento de los requisitos del control prenatal adecuado y factores tales como la paridad, edad materna, lugar de residencia y nivel de instrucción.

2- Determinar el porcentaje de mujeres que cumplen con los requisitos de un Control Prenatal adecuado, en aquellas que lo realizaron en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá y que finalizaron su embarazo en dicha institución durante el período comprendido entre Mayo de 2018 y Febrero del año 2019.

### FUNDAMENTACIÓN:

Un Control Prenatal (CPN) adecuado es una herramienta fundamental para la disminución de la morbimortalidad perinatal. Para ello es necesario conocer si se cumplen y en qué medida los distintos requisitos del CPN (precoz, periódico y completo)<sup>1</sup>.

En un estudio controlado, aleatorizado multicéntrico, realizado por Langer A. y col. muestra en sus resultados que el número de CPN parecería no ser tan importante como la calidad de los mismos<sup>2</sup>. Para ello, se implementa en nuestro país el modelo de atención de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia incluyendo al CPN dentro de 1 de los 10 pasos para lograrla<sup>3</sup>.

Es de vital importancia conocer si en nuestra institución, que ha realizado un total de 5804 nacimientos en el transcurso del año 2017, siendo que el 49% han realizado su CPN en la Maternidad Sardá<sup>4</sup>, las acciones realizadas diariamente por todos los profesionales de la salud alcanzan para lograr el cumplimiento de los criterios básicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la definición de un CPN adecuado.

Conocer los resultados, permitirá activar mecanismos tendientes a mejorar las características del CPN y en definitiva a disminuir la morbilidad perinatal.

## MARCO TEÓRICO

La atención profesional del parto, según lo publicado por Muñoz, Parra y Garrido (1999), comienza a fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX, antes de lo cual esta práctica estaba en manos de las comadronas. Más adelante se profesionaliza primero la atención del parto, con un pobre o nulo control prenatal. En efecto, al comienzo se realizaba solo un control prenatal con el objetivo de determinar la fecha probable de parto<sup>5</sup>.

La idea de un control prenatal rutinario y regular en Gran Bretaña fue originaria de J. W. Ballantyne alrededor del año 1913. En 1914, se realizó un estudio en el cual se afirmaba que los cuidados prenatales organizados podrían haber disminuido 40% la mortalidad materna<sup>5</sup>.

A través de los años, se realizaron innumerables estudios para determinar la asociación de un CPN insuficiente y su resultado perinatal. Entre ellos, Conde y col. estudiaron las causas de muerte fetal y encontraron que la carencia de cuidado antenatal era un factor de riesgo asociado a la muerte fetal (RR 4,26; IC 95%= 3,84-4,71)<sup>6</sup>. Casi 10 años después, en 2016, Lozano Ventura y col. muestran una fuerte asociación entre el número de controles prenatales y la morbilidad del Recién Nacido, demostrando que el CPN adecuado modifica significativamente los resultados<sup>7</sup>. De la misma forma, otra investigación realizada en nuestro país en 1979 en una Maternidad Pública de la Ciudad de Rosario-Argentina, demostró como el CPN insuficiente se asoció a un mal desenlace perinatal dando como resultado una mortalidad fetal del

23,9‰ en las mujeres que tuvieron 3 o menos CPN mientras que las de 7 o más controles, ésta cifra descendió a 4,6‰<sup>8</sup>. Por último, Osvaldo Tipiani en el 2006, demuestra que aquellas mujeres que tuvieron un CPN inadecuado tuvieron un riesgo 6 veces superior a tener un Recién Nacido Prematuro<sup>9</sup>.

Como se puede observar, numerosos estudios demuestran que el número suficiente de CPN y efectuados en forma precoz logran disminuir en forma considerable la mortalidad perinatal<sup>10</sup>.

Se entiende por control prenatal, a la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con los integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico<sup>11</sup>.

Durante estas entrevistas, el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, normatizó un listado de actividades recomendadas según la edad gestacional a fin de detectar precozmente distintas patologías. En pacientes con patología asociada, será la norma obstétrica correspondiente quien determinará la frecuencia en cada caso<sup>12</sup>.

Por las evidencias científicas hasta hoy acumuladas, se puede decir que el cuidado de la salud durante el embarazo, es un buen ejemplo de medicina preventiva en el campo perinatal<sup>13</sup>.

Debe cumplir con 4 características<sup>14</sup>:

- ❖ Precoz: iniciarse en el primer trimestre para establecer fehacientemente la edad gestacional, efectuar acciones de prevención, promoción, recuperación de la salud y detección factores de riesgo. Además, torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir. En este sentido, la OMS establece como precocidad el primer CPN hasta 12 semanas.
- ❖ Periódico: la frecuencia de las visitas debe estar preestablecido por la institución y dependerá del nivel de riesgo perinatal, social y psicológico. Para la población de bajo riesgo se requieren 5 controles.
- ❖ Amplia cobertura: se debe promover el CPN a la mayor cantidad de población posible, garantizando la igualdad, accesibilidad y gratuidad de la atención. En la medida que el porcentaje de la población controlada es más alto (lo ideal es

que abarque a todas las embarazadas) mayor será el impacto positivo sobre la morbilidad materna y perinatal.

- ❖ Completo: debe haber una evaluación completa de la salud materna, de la evolución del embarazo y de los controles e intervenciones requeridos según la edad gestacional. Los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Las actividades mínimas para el control prenatal deben estar dispuestas en un cronograma elaborado de acuerdo a la oportunidad en que deben ser realizadas a lo largo del embarazo. En cada consulta debe confluir la mayor cantidad de actividades con la finalidad de reducir el número de controles al mínimo útil, siempre que las características del embarazo continúen siendo de bajo riesgo<sup>15</sup>.

#### MATERIAL Y MÉTODOS:

- Metodología: Se recolectó información aportada por el carnet prenatal para obtener información de las variables independientes y de precocidad y periodicidad del control prenatal, datos que fueron volcados en una planilla de recolección de datos y a los fines de conocer si fue completo, se realizó una encuesta cerrada a las mujeres que se encontraban cursando su puerperio inmediato durante el período comprendido entre Mayo de 2018 y Febrero del 2019 y que hayan realizado su CPN en la Maternidad Sardá.
- Diseño: Analítico, de corte transversal.
- Población: Mujeres cuyo control prenatal lo hayan realizado exclusivamente en la Maternidad Sardá y que se encontrasen internadas en alguna de las 4 Unidades de internación del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá entre mayo de 2018 y Febrero de 2019.
- Tamaño de la población: En el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, según datos aportados por la División Estadística, se han registrado en el año 2017 un total de 5804 nacimientos de los cuales el 49% realizaron su CPN en dicha institución (dato obtenido del Sistema Informático Perinatal), de este porcentaje estimamos que solo el 50% tuvo un CPN adecuado. Al no contar con datos estadísticos relacionados al porcentaje de CPN inadecuado en nuestra maternidad, esta estimación surge de otros estudios latinoamericanos tales como el de Sanchez-Nuncio y col. que menciona un 49,5 %<sup>16</sup>, el de Cáceres Manrique que menciona un 50%<sup>17</sup> y Munares García un 49,2%<sup>18</sup>. Con estos resultados se estima que una n de 340 mujeres es una muestra representativa.

Con esta  $n$  de 340 mujeres, con un cociente expuestos - no expuestos de 1, podríamos establecer una diferencia en las variables de resultado de un 15% con un poder del 80% y un nivel de confianza del 95%.

- Muestra:

Se realizaron un total de 351 encuestas habiendo perdido 11 (3,13%) por no disponer de información de alguna variable de estudio, quedando nuestra muestra final conformada por 340 mujeres.

1. Criterios de inclusión: Puérperas de parto normal, forcipal y cesárea que han finalizado su embarazo en la Maternidad Sardá durante el periodo comprendido entre Mayo de 2018 y Febrero del 2019.
2. Criterios de exclusión:
  - Fetos muertos o patologías fetales, embarazos gemelares, no contar con carnet prenatal o historia clínica del Control Prenatal, condiciones maternas que impidan la encuesta, negativa a participar de la encuesta

Operacionalización de Variables Dependientes:

- CPN adecuado: variable dicotómica, entendiéndose como tal aquel que cumple con las 3 características siguientes:

1- CPN Precoz: variable dicotómica, determinada por la 1ª consulta prenatal antes de las 12 semanas.

2- CPN Periódico: variable dicotómica, determinada por al menos una consulta prenatal antes de las 20 semanas, una entre las semanas 21 y 24 semanas, una entre las 25 y 30 semanas, una entre las 31 y 36 y finalmente una consulta entre 37 y 40 semanas.

3- CPN completo: variable dicotómica, determinada por el cumplimiento de por lo menos 20 (80%) de las 25 actividades a desarrollarse.

Operacionalización de Variables Independientes:

- Edad Materna de mayor riesgo: variable numérica en años cumplidos, se dicotomizó en edades extremas de la vida obstétrica aquellas madres que presentaron en el momento del parto más de 40 años o menos de 18 años considerando este grupo como el de mayor riesgo obstétrico.
- Multiparidad: variable dicotómica establecida por la cantidad de nacimientos: Nulípara es aquella que no ha tenido ningún hijo, ni vivo ni muerto, en este

grupo están incluidas aquellas con antecedentes de abortos. Multípara, ha atravesado por la experiencia de al menos 1 nacimiento.

- Nivel de instrucción: variable dicotómica establecida por la cantidad total de años de estudio, considerando 7 años cumplidos.
  - Lugar de residencia CABA: variable dicotómica establecida por el lugar donde vive habitualmente.
- Tratamiento de los datos - Análisis de los datos: Las variables cuantitativas, se describen y se analizan con el test de media o mediana según si la distribución de la variable es normal o no, con su desvío estándar, mientras que las cualitativas, se expresan en porcentajes y se utilizará el test de Chi<sup>2</sup> para su análisis considerando significativo aquel valor de P<0,05. Los datos serán registrados en planilla de datos excel y fueron analizados con software estadístico spss versión 11.

#### RESULTADOS:

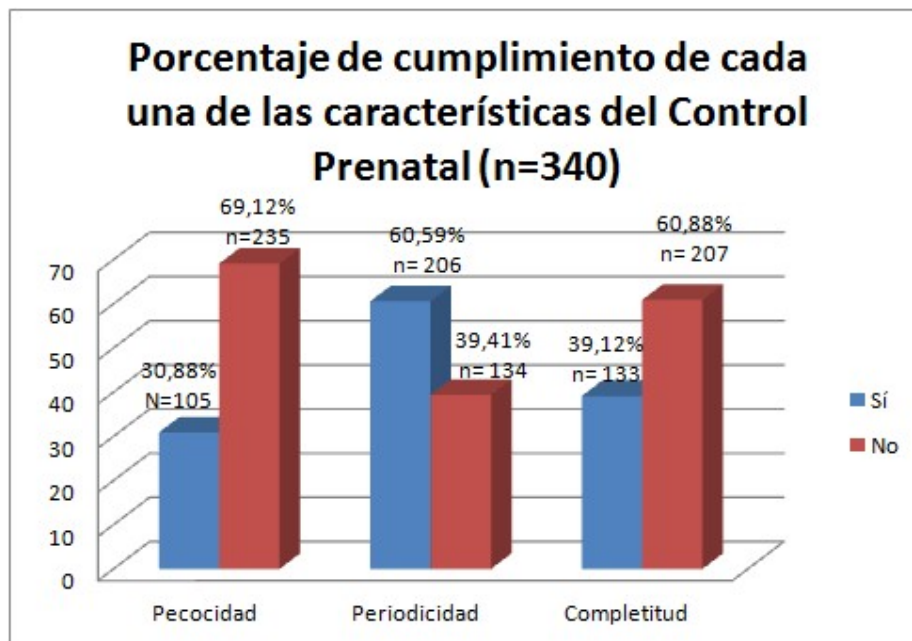
En la Tabla N°1 podemos observar cómo está constituida nuestra muestra de 340 mujeres, encontrando en un 51,76% (n=176) mujeres nulíparas, el 84,41% (n=287) no tenían una edad materna de riesgo obstétrico; el 58,82% (n=200) no residían en CABA y el 92,94% (n=316) contaban con un nivel de instrucción mínimo que incluye 7 años completos de estudio.

Tabla N° 1: Características de nuestra muestra (n=340).

VARIABLES	CATEGORÍA	n	%	CATEGORÍA	n	%
Paridad	Multíparas	164	48,24	Nulíparas	176	51,76
Edad Materna	< 18 años > 40 años	53	15,59	entre 19 y 39 años	287	84,41
Lugar de residencia	No CABA	200	58,82	CABA	140	41,18
Nivel de instrucción	Hasta 6 años completos	24	7,06	7 o más años completos	316	92,94

Por otra parte, de esta muestra encontramos que el 30,88% (n=105) iniciaron precozmente su control prenatal; el 60,59% (n= 206) tuvieron un CPN periódico y el 39,12% (n=133) fue completo (Gráfico N°1).

Gráfico N°1: Porcentaje de cumplimiento de cada una de las características del Control Prenatal (n= 430)



Hubieron 275 mujeres (80,88%) que no lograron cumplir con los requisitos de un Control Prenatal adecuado, entre ellas encontramos que el 36,73% no cumplió con ninguno de ellos, y de las 340 mujeres que realizaron su Control Prenatal en la Maternidad Sardá, sólo el **19,12%** (n=65) cumplimentó con los 3 (Gráfico N°2); de éstas, el 56,92% (n=37) eran múltiparas (Tabla N°2) y el 13,85% (n=9) tenían edad materna de riesgo (Tabla N°3). En relación al lugar de residencia (Tabla N°4), el 63,08% (n=41) residían en CABA y el 95,38% de las mujeres (n=62) tenían 7 o más años de estudios completos (Tabla N°5).



Gráfico N° 2: Cumplimiento del Control Prenatal (n=340)

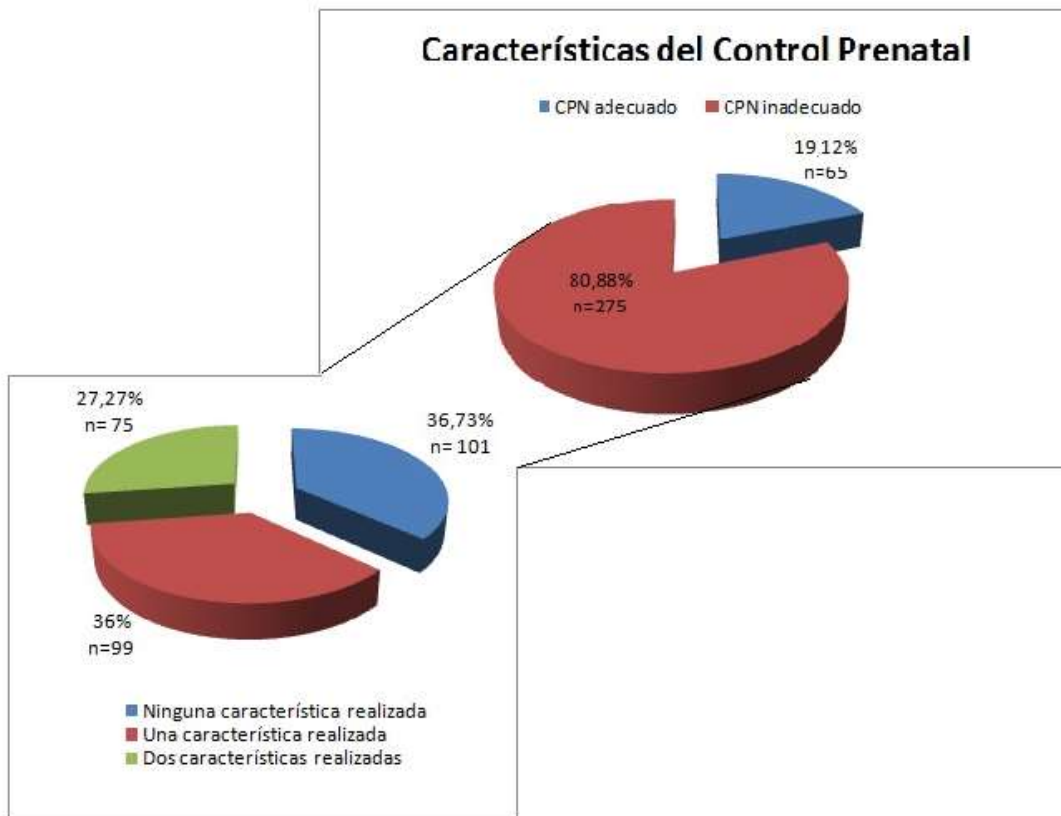


Tabla N°2: Asociación del Control Prenatal adecuado y la paridad.

		Control Prenatal				Total	%
		adecuado	%	inadecuado	%		
Paridad	Nulíparas	28	43,08	148	53,82	176	51,76
	Múltiparas	37	56,92	127	46,18	164	48,24
Total		65	100	175	100	340	100

Tabla N°3: Asociación del Control Prenatal adecuado y la edad materna.

		Control Prenatal				Total	%
		adecuado	%	inadecuado	%		
Edad Materna de riesgo	Sí	9	13,85	44	16	53	15,59
	No	56	86,15	231	84	287	84,41
Total		65	100	275	100	340	100

Tabla N°4: Asociación del Control Prenatal adecuado y el lugar de residencia.

		Control Prenatal				Total	%
		adecuado	%	inadecuado	%		
Residencia en CABA	Sí	41	63,08	99	36	140	41,18
	No	24	36,92	176	64	200	58,82
Total		65	100	275	100	340	100

Tabla N°5: Asociación del Control Prenatal adecuado y el nivel de instrucción.

		Control Prenatal				Total	%
		adecuado	%	inadecuado	%		
Años completos de estudio	<= a 6	3	4,62	21	7,64	24	7,06
	>= a 7	62	95,38	254	92,36	316	92,94
Total		65	100	275	100	340	100

Por otra parte, es importante destacar que, tal como figura en la Tabla N° 6, del total de los CPN precoces (n=105), el 61,90% logró ser adecuado, mientras que de los periódicos (n= 206) el 31,55%, y de los completos el 48,87% (n=133).

No encontramos una diferencia estadísticamente significativa para un control prenatal adecuado y la paridad, observando un OR=0,65; IC95%: 0,37-1,12 y un valor de p= 0,1191 (Tabla N°2). Lo mismo sucede cuando analizamos la edad materna, con un OR= 0,84; IC95%: 0,38-1,81 y un valor de p=0,6668 (Tabla N°3). En este sentido, cabe mencionar que aquellas mujeres con edad materna de riesgo, las cuales representan el 15,59% (n=53) de nuestra población, solo el 13,85%(n=9) de ellas lograron un CPN adecuado a pesar de ser incluidas en programas especiales por dicha característica.

En la Tabla N°4, encontramos un OR=3,03; IC95%: 1,73-5,32 y un valor de p=0,0001 de para el lugar de residencia dando estadísticamente significativo. En cambio, en relación al nivel de instrucción no se encontró diferencia significativa con un OR=0,59; IC95%: 1,17-2,02 y un valor de p=0,3924

Como podemos observar, el porcentaje de mujeres que logran cumplir con los requisitos de un CPN adecuado es significativamente bajo (19,12%), los cuales cuentan con al menos 1 CPN antes de las 12 sem, una media de periodicidad de 9,22 consultas prenatales (Tabla N°7) y un promedio de completitud de 20,5 actividades realizadas (Tabla N°8).

Tabla N°6: Características de Control Prenatal y su peso con la muestra total y la muestra de Control Prenatal adecuado

Característica	n	% del total de CPN (n=340)	% del total de CPN adecuado (n=65)
Precoz	105	30,88	61,90
Periódico	206	60,59	31,55
Completo	133	39,12	48,87

Tabla N°7: Controles Prenatales adecuados y su característica de periodicidad (n=65)

Categoría	n° de consultas prenatales	Media	Mediana	Modo
CPN hasta las 20 semanas	1 a 4	1,80	2	2
CPN de 21 a 24 semanas	1 a 3	1,20	1	1
CPN de 25 a 30 semanas	1 a 3	1,62	2	2
CPN de 31 a 36 semanas	1 a 5	2,24	2	2
CPN de 37 al parto	1 a 5	1,75	2	3
Total de CPN	8 a 13	9,22	9	10

Tabla N°8: Controles Prenatales adecuados y su característica de completitud (n=65)

Control Prenatal completo	Media	Mediana	Modo
> de 20 actividades	20,5	20,5	20

Tabla N°9: Relación de las características del Control Prenatal entre sí y el porcentaje de cumplimiento según cada una de ellas (n=340)

	Precoz (n=105)	Periódico (n=206)	Completo (n=133)
Precoz	105 (100%)	89 (43,20%)	71 (53,38%)
Periódico	89 (84,76%)	206 (100%)	110 (82,71%)
Completo	71 (67,62%)	110 (53,40%)	133 (100%)

Tabla N°10: Características del Control Prenatal y el porcentaje de falta de cumplimiento de cada una de ellas (n=340)

	Precoz (n=105)	Periódico (n=206)	Completo (n=133)
NO Precoz	0 (0%)	117 (56,80%)	62 (46,62%)
NO Periódico	16 (15,24%)	0 (0%)	23 (17,29%)
NO Completo	34 (32,38%)	96 (46,60%)	(0%)

### DISCUSIÓN:

El lugar de residencia parecería ser la única variable que se relaciona con el cumplimiento del control prenatal.

Cuando estudiamos las características del CPN por separado, como los observados en el Gráfico N°1, obtenemos un resultado parcial que nos sugiere que las mujeres, mayoritariamente asisten a las consultas prenatales, pero no lo hacen de forma precoz y por alguna causa no estudiada en esta investigación, no logran realizar un mínimo de 20 actividades solicitadas durante el mismo. Consideramos que para generar nuevas estrategias, y de esta forma aumentar nuestro porcentaje de CPN adecuado, con el consecuente resultado perinatal, debemos realizar un análisis cruzado de las mismas, de esta forma, sabremos cuánto de los precoces lograron ser periódicos y completos, cuántos de los periódicos lograron ser precoces y completos y cuántos de los completos lograron ser precoces y periódicos tal como se muestra en la Tabla N°9.

Como consecuencia de estos resultados expresados en esta última tabla, creemos que es importante analizar a futuro cuáles son las características de aquellas mujeres que **no** lograron cumplir con alguno de los requisitos, considerando que hubo 105 mujeres que iniciaron precozmente su CPN, de las cuales un poco más de la mitad, el 61,90% (n=65) alcanzaron los objetivos de un CPN adecuado (Tabla N°6), es importante también, conocer las características de aquel 38,10% (n=40) que no lo logró. Conocerlas, nos permitirá evaluar nuevas estrategias de captación y seguimiento. De la misma forma, para lograr el objetivo principal de la APS, sabiendo que el 60,59% (n=206) tuvieron un CPN periódico, es relevante trabajar en aquellas que no lograron captación temprana o estudiar el motivo del no cumplimiento de los estudios solicitados, resultado que llevó a un 68,44% (n=141) de las mujeres. De igual forma, con la característica de completitud, donde de las 133 mujeres que sí lo

cumplieron, solo el 48,87% (n=65) también lo hicieron con la otras 2 características (Tabla N°9).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. Red de revistas científicas de Am. del Sur y Caribe, España y Portugal. [internet] vol. 32, núm. 2, marzo-abril, 1990, pp. 248-249. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:H6R3Zj7aVKIJ:www.redalyc.org/articulo.oa%3Fid%3D10632217+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=ar&client=firefox-b-ab>
- 2- Langer A, Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Miguel Belizán J, y col. Investigación clínica aleatorizada del Control Prenatal de la OMS para la evaluación de un nuevo modelo de CPN. BSR de la OMS. [internet]. 2002. Disponible en: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/RHR\\_01\\_30/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/RHR_01_30/es/)
- 3- Larguía A., González M., Solana C, Basualdo M., Di Pietrantonio E., Bianculli P, Esandi M. Maternidad Segura y Centrada en la Familia. 1ra. edición. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación: 2011
- 4- Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. División Estadística. Sistema Informático Perinatal 2017.
- 5- Romero Y. Calidad de atención prenatal a partir del usuario externo. RME [internet] 10 de agosto 2013. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/calidad-atencion-prenatal-usuario/4/>
- 6- Conde-Agudelo A, Belizán JM. Díaz-Rossello JL Epidemiology of fetal death in Latin America Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 2000; 79:371-378. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/1b19/a531045dc4db951807b7dd65c3fd94f851.pdf>
- 7- Lozano-Ventura O, Correa-López L, Luna-Muñoz C. Controles prenatales y su asociación con la morbimortalidad del recién nacido en el hospital Sergio Bernales. Rev. Fac. Med. Hum [internet]. 2018; 18 (1): 38-44. Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>

- 8- Belizán J, Villar J, Belizán M, Garrote N. Asistencia de embarazadas a la consulta prenatal en Maternidades Públicas de Rosario. Bol de la of. Sanit. Panam. 1979; 86(2):121-130. Disponible en:  
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/17384/v86n2p121.pdf?sequence=1>
- 9- Tipiani O., Tomatis C. El Control Prenatal y el desenlace Maternoperinatal. Rev. Per Gineco Obstetricia [internet]. 2006;52 (4): 247-52. Disponible en:  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52\\_n4/pdf/A11V52N4.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n4/pdf/A11V52N4.pdf)
- 10- Moya-Plata D, Guiza-Salazar IJ, Mora-Merchán MA. Ingreso temprano al Control Prenatal en una Unidad Materno Infantil. Rev. de Inv. Programa de Enfermería UDES [internet]. 2010; 1 (1): 44-52. Disponible en:  
<https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/73/586>
- 11- Dirección Nacional de Maternidad e Infancia- Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Primera Edición. Argentina; 2013. Disponible en:  
<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>
- 12- Casini, S.; Lucero Sáinz, G.; Hertz, M.; Andina, E. Guía de control prenatal. Embarazo normal. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2002; 21 (2): 51-62. Disponible en:  
[http://www.sarda.org.ar/Profesionales/Guias\\_y\\_Trabajos/Guias\\_de\\_Practica\\_Clinica/2002\\_Guia\\_de\\_control\\_prenatal](http://www.sarda.org.ar/Profesionales/Guias_y_Trabajos/Guias_de_Practica_Clinica/2002_Guia_de_control_prenatal)
- 13- Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires-Programa Materno Infantil. Guía de Procedimientos para el Control del Embarazo Normal y la Atención del Parto de Bajo Riesgo. Disponible en:  
<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/seguropublico/files/2012/03/Guia-Control-de-Embarazo-Normal-y-Parto-de-Bajo-Riesgo.pdf>
- 14- Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud de la Nación. El Cuidado Prenatal: Guía para la Práctica del Cuidado Preconcepcional y del Control Prenatal. Argentina: 2003.
- 15- OMS. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. 2016. Disponible en:

[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/)

16- Sánchez-Nuncio HR, Pérez-Toga G, Pérez-Rodríguez P, Vázquez-Nava F. Impacto del Control Prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Rev. Méd. del Ins. Mex. Seguro Soc. [internet]. 2005; 43 (5): 377-38. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im055c.pdf>

17- Cáceres Manrique F. El Control Prenatal: una reflexión urgente. Rev. Colom. Obst. y Gin. [internet]. 2009; 60(2):165-170. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/342/358>

18- Munares García O. Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. Rev. Peru. Epidemio. [internet]. 2013; 17(2): 1-8. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203129458007>