



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA  
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



## Atención gestacional conforme inicio del prenatal: estudio epidemiológico

Fernanda Sabini Faix Figueiredo<sup>1</sup>, Pollyanna Kássia Borges<sup>2</sup>,  
Gisele Ferreira Paris<sup>3</sup>, Genyle Regina Santos Alvarez<sup>4</sup>, Lídia Dalgallo Zarpellon<sup>5</sup>,  
Sandra Marisa Pelloso<sup>6</sup>

<sup>1,2,4,5</sup> Universidad Estatal de Ponta Grossa

<sup>3,6</sup> Universidad Estatal de Maringá

### RESUMEN

**Objetivo:** Testar la asociación entre el inicio del prenatal y la realización de los procedimientos recomendados por el Programa de Humanización del Prenatal y Nacimiento y las características de las mujeres parturientas durante el parto y de los recién nacidos. **Método:** Se trató de un estudio epidemiológico envolviendo 227 mujeres parturientas, internadas en una maternidad del municipio de Ponta Grossa-PR. **Resultados:** Las características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres parturientas durante el parto y de los recién nacidos no estuvieron asociadas con el inicio del prenatal, ya la verificación de peso, presión arterial, prescripción de ácido fólico y sulfato ferroso y la realización de exámenes bioquímicos se asociaron al inicio del prenatal adecuado. **Discusión:** procedimientos esenciales durante las consultas son realizados inadecuadamente, incluso aquellos considerados simples, trayendo mayores riesgos a las gestantes y al recién nacido. **Conclusión:** El desarrollo de las políticas públicas asociadas a la cualidad del prenatal no ocurre de la manera recomendada, volviendo evidente la importancia del enfermero en ese contexto.

**Descriptor:** Embarazo; Atención Prenatal; Prestación de Atención de Salud.

## INTRODUCCIÓN

Al fin de reducir las tasas de mortalidad materna y perinatal, el Ministerio de la Salud estableció el Programa de Humanización del Prenatal y Nacimiento (PHPN), como medida para ampliar las acciones de atención a la salud de la gestante, de forma a garantizar atención humanizada y de calidad desde el prenatal hasta recién nacido, siendo uno de los marcos en la asistencia al prenatal normatizada en el Brasil<sup>(1)</sup>. El PHPN estableció no solo la cantidad de consultas y la edad gestacional de inicio del prenatal, si no también presento exámenes laboratoriales, clínicos y obstétricos, y trajo la utilidad de las prácticas en salud y de sus preceptos, en conformidad con los modelos empleados en todo el mundo.

De esta forma, estableció parámetros cuantitativos para el cuidado mínimo a ser ofrecido a los gestantes, desde la atención básica hasta los mayores niveles de complejidad, los cuales consisten en: Inicio precoz del acompañamiento del prenatal, mínimo de seis consultas, dos rutinas de exámenes básicos incluyendo también las serologías para el HIV y la sífilis, además de los exámenes de sangre y orina debiendo ser realizados en el primer trimestre y repetidos hasta la 30ª semana de gestación, y aun una consulta puerperal en hasta 42 días. Además de eso, recomienda realizar examen clínico de las mamas, citología de cuello uterino, verificación de la presión arterial y evaluación de la altura uterina y del peso. A partir de la 20ª semana iniciar la suplementación con sulfato ferroso y presentar inmunización completa para el tétano a menos de cinco años<sup>(2)</sup>.

El inicio precoz de la asistencia al prenatal permite el diagnóstico de diversas patologías con repercusiones graves para la salud de la mujer y del bebe, como hipertensión arterial crónica, diabetes no gestacional, anemia, in-

fección por la sífilis y HIV, además de propiciar mejor monitorización del desarrollo fetal<sup>(3)</sup>. Con la regionalización de los servicios de salud, es posible articular y/o movilizar acciones de mejoría en la salud de la población de acuerdo con la especificidad de cada región con consecuente promoción de intervenciones efectivas en los diversos niveles de actuación<sup>(4)</sup>. Al considerar una institución de referencia para el parto, hay el interés en trazar el perfil de los pacientes asistidos, para reconocer sus características e identificar factores de riesgo y complicaciones que podrían ser evitadas o tratadas.

En Brasil, en 2010, fue implantada la Red Cigüeña como estrategia del Ministerio de la Salud (MS) con el fin de complementar el PHPN, promoviendo estrategias que garanticen acceso y mejoría de la calidad prenatal, como a la oferta de transporte para las consultas y para el parto, vinculación de la gestante a la institución referencia para el parto y con derecho a un acompañante, atención a la salud del bebe desde el nacimiento hasta 24 meses y garantizar acceso a asistencia en el planeamiento reproductivo<sup>(5)</sup>. Además de eso, las madres que reciben el auxilio Beca Familia a través del programa del Ministerio del Desarrollo Social y Combate al Hambre, tienen derecho a recibir un auxilio variable durante la gestación, auxiliando en la renta familiar, independiente del estadio del embarazo, y pudiendo ser suspendido en caso que la gestante no comparezca a la consulta de prenatal y no realice los exámenes solicitados, incentivando así la asistencia de estas mujeres a la atención<sup>(6)</sup>.

Considerando como prioridad la detección precoz de las situaciones de riesgo para las gestantes y fetos, por medio de la realización de los procedimientos recomendados por el PHPN en el prenatal, se justificó la necesidad de la realización de un estudio en Ponta Grossa, PR que investigara la asociación entre el inicio del

Figueiredo FSF, Borges PKO, Paris GF, Alvarez GRS, Zarpellon LD, Pelloso SM. Gestational attention during early prenatal care: an epidemiological study. *Online braz j nurs* [Internet]. 2013 Dec [cited year month day]; 12 (4): 794-804. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4259>. <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20134259>

prenatal y la realización de los procedimientos recomendados por el PHPN y las características de las mujeres parturientas y sus recién nacidos.

Teniendo en cuenta que existen políticas públicas al fin de garantizar la adecuada atención prenatal, y que actualmente existen políticas en marcha en todo territorio nacional, se vuelve necesario verificar si los procedimientos recomendados están siendo realizados, y como interfieren en la calidad de la atención. El objetivo de este trabajo fue testar la asociación entre el inicio del prenatal y la realización de los procedimientos recomendados por los PHPN y las características de las mujeres parturientas durante el parto y sus recién nacidos.

## MÉTODO

Se trata de un estudio epidemiológico de abordaje cuantitativo, exploratorio y transversal, envolviendo la recolección de datos de los registros de 227 mujeres parturientas que realizaron el parto en una maternidad referencia para el prenatal de bajo riesgo del municipio de Ponta Grossa/PR, atendidas entre 13 de marzo a 13 de abril de 2012. Al fin de viabilizar la ejecución de la investigación, se optó por la recolección de datos en un mes/año debido a la tasa anual de natalidad del municipio superior a 16,43 nacimientos por mil habitantes.

Ponta Grossa posee un área territorial de 2.025.697 km<sup>2</sup> y está situada en el centro-este del Estado del Paraná, región de los Campos Gerais, con una población estimada de 314.527 habitantes<sup>(7)</sup>; es un polo de referencia para atención en salud.

Los criterios de inclusión considerados fueron: Ser mujer parturienta que realizo el prenatal en el municipio y que portara el carnet de gestante junto al registro y la declaración de nacido vivo (DNV); fueron excluidas, por lo tanto,

mujeres parturientas de mortinatos.

Los datos sociodemográficos y obstétricos de las mujeres parturientas y del recién nacido identificados por la DNV fueron: Edad de la madre, escolaridad, ocupación, estado civil, número de gestaciones anteriores, tipo de parto, número de consultas de prenatal, edad gestacional, peso y Apgar no 1° y 5° minuto.

Para verificar la realización de los procedimientos recomendados por el MS, fueron consultados en los carnets de gestante los datos: Primera consulta (Hasta 120 días de gestación y después de 120 días de gestación); tipo de convenio de realización del prenatal (SUS, particular/convenios); mínimo de seis consultas de prenatal (si, no); vacuna antitetánica (si, no); vacuna H1N1 (si, no); vacuna Hepatitis B (si, no); tipo sanguíneo (si, no); primera recolección de serología para sífilis (si, no); segunda recolección de serología para sífilis (si, no); primera recolección de orina (sim, no); primera toma de glicemia en ayunas (si, no); segunda toma de glicemia en ayunas (si, no); hemograma (si, no); tese anti-HIV (si, no); examen preventivo (si, no); ultrasonografía (si, no); altura uterina (si, algunas veces, no); presión arterial (si, algunas veces); prescripción de sulfato ferroso (si, no); prescripción de ácido fólico (si, no); auscultas de latidos cardíofetales en la consulta (si, algunas veces, no); y anotación de la fecha probable del parto (si, no).

Apenas para los procedimientos de auscultación de los latidos cardíofetales y medición de la altura uterina, que dependían de la edad gestacional en la consulta, se consideró el llenado en el carnet de la gestante después después de la segunda mitad de la gravidez, para los demás procedimientos fue considerado el llenado desde la primera consulta.

Fue considerado el inicio del prenatal adecuado hasta 120 días de gestación y el inicio del prenatal inadecuado o tardío después de 120 días de gestación.

Los datos recolectados fueron tabulados en planillas del programa Excel®, dispuestos en frecuencia absoluta y relativa por medio de tablas. Para análisis de asociación entre el inicio del prenatal (hasta 120 días y después de 120 días) y las características de las mujeres parturientas y del recién nacido y la realización de los procedimientos necesarios en las consultas de prenatal se utilizó del test chi-cuadrado y del *Odds ratio* (OR), con Umbral de significación estadística de valores de  $p < 0,005$  por medio del programa estadístico Stata 10.0. Fue considerada exposición el inicio del prenatal hasta 120 días (sí y no) y el desfecho las variables sociodemográficas y obstétricas de la mujer parturienta y del recién nacido.

Este trabajo hace parte del proyecto titulado "Calidad del prenatal y su condición en el municipio de Ponta Grossa" aprobado por la Comisión de Ética en Pesquisa (COEP) de la Universidad Estatal de Ponta Grossa, previo parecer número 129/2010, conforme resolución 196/96 de investigación en seres humanos.

## RESULTADOS

En el período considerado se obtuvo el registro de un total de 227 mujeres parturientas. De estas, 52 (23%) iniciaron el prenatal tardíamente, o sea, después de 120 días de gestación. De acuerdo con las informaciones presentadas en la Tabla 1, el inicio del prenatal adecuado fue más frecuente en el grupo de edad entre 20 y 34 años, comparadas con los demás grupos de edad.

Las mujeres que realizaron las consultas de prenatal en los servicios ofertados por la salud suplementar presentaron 1,75 veces más oportunidad de comenzar el prenatal antes de los 120 días de gestación que las atendidas por el SUS. En relación al local de parto, las mujeres

que realizaron el parto por el convenio o particular tuvieron 1,36 veces mayor oportunidad de comenzar el prenatal más temprano que las mujeres que realizaron el parto por el SUS.

Respecto a la escolaridad, fue verificada menor posibilidad de que las mujeres con mayor escolaridad realizaron el prenatal antes de los 120 días, comparadas con las mujeres con menor escolaridad. Además de eso, fue encontrada una frecuencia menor de mujeres con compañero que comenzaron el prenatal antes de los 120 días, comparadas con aquellas sin compañero (OR= 0,56), y la oportunidad de la mujer parturienta remunerada haber comenzado el prenatal precoz es 1,26 veces mayor de la no remunerada.

A pesar de la prevalencia de las frecuencias de las características sociodemográficas de las mujeres parturientas que iniciaron prenatal adecuado, ningún resultado presentó estadística significativa.

En la Tabla 2 se presentan las características obstétricas de las mujeres parturientas y de los recién nacidos, Sin embargo no fue encontrada asociación entre las variables estudiadas y el inicio del prenatal.

Se Asoció con el prenatal adecuado la medición de la presión arterial y la verificación del peso da la gestante, de forma que la oportunidad de una mujer con la presión arterial medida frecuentemente haya comenzado el prenatal hasta 120 días fue siete veces mayor que la oportunidad de las mujeres que la midieron ocasionalmente (Tabla 3). Luego, el inicio del prenatal adecuado favoreció de modo expresivo el acompañamiento del peso y de la presión arterial. También fue verificada prevalencia en la frecuencia: De la prescripción de ácido fólico, sulfato ferroso, vacunación y realización de más de seis consultas de prenatal, entre las mujeres que iniciaron el prenatal adecuado, Sin embargo sin significación estadística.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de parturientas, internadas en una sala de maternidad en el municipio de Ponta Grossa, conforme al inicio del prenatal. Ponta Grossa, 2012.

Variables	Inicio anterior a 120 días	Inicio posterior a 120 días	Total	OR	X <sup>2</sup> (p)
<b>Edad de la parturienta</b>					
<20 años	37 (75,51)	12 (24,49)	49	0,89	
De 20 a 34 años	128 (77,58)	37 (22,42)	165	1	0,09 (0,955)
≥35 años	10 (76,92)	03 (23,08)	13	0,96	
<b>Convenio del parto</b>					
SUS	132 (75,86)	42 (24,14)	174	1,36	0,64 (0,424)
Convenio/particular	43 (81,13)	10 (18,87)	53		
<b>Convenio de realización del prenatal</b>					
SUS	128 (74,85)	43 (25,15)	171	1,75	1,97 (0,161)
Convenio/particular	47 (83,93)	09 (16,07)	56		
<b>Escolaridad*</b>					
<8años	61 (82,43)	13 (17,57)	74	1,58	1,64 (0,201)
≥8años	113 (74,83)	38 (25,17)	151		
<b>Estado civil</b>					
Con compañero	54 (70,13)	23 (29,87)	77	1,78	3,20 (0,074)
Sin compañero	121 (80,67)	29 (19,33)	150		
<b>Ocupación*</b>					
Remunerada	64 (80,00)	16 (20,00)	80	1,26	0,47 (0,494)
No remunerada	111 (76,03)	35 (23,97)	146		

\* Excluidos dos casos para la variable escolaridad y un caso para la variable ocupación, los cuales no fueron informados en la DNV (Declaración de Nacidos Vivos).

Fuente: Declaración de Nacidos Vivos, registro y carnet de la gestante.

**Tabla 2.** Características obstétricas y de los recién nacidos de parturientas, conforme al inicio del prenatal, Ponta Grossa- PR, 2012.

Variables	Inicio anterior a 120 días	Inicio posterior a 120 días	Total	OR	X <sup>2</sup> (p)
<b>Número de gestaciones anteriores</b>					
Ninguna	75 (76,53)	23 (23,47)	98	1	0,02 (0,877)
Una a dos	79 (77,45)	23 (22,55)	102	1,05	0,00 (0,971)
Más de dos	21 (77,78)	06 (22,22)	27	1,01	
<b>Edad gestacional en el parto</b>					
<37 semanas	05 (71,43)	02 (28,57)	7		0,13 (0,717)
≥37 semanas	170 (77,27)	50 (22,73)	120	1,36	
<b>Tipo de parto</b>					
Vaginal	113 (79,58)	29 (20,42)	142	1,45	1,33 (0,250)
Por cesárea	62 (72,94)	23 (27,06)	85		
<b>Peso al nacer</b>					
<2.500 g	08 (88,89)	01 (11,11)	9		0,74 (0,390)
≥2.500 g	167 (76,61)	51 (23,39)	218	0,41	
<b>Apgar</b>					
<7 no 1º minuto	05 (100)	—	77	—	—
<7 no 5º minuto	01 (100)	—	150	—	—

Fuente: Declaración de Nacido Vivo.

**Tabla 3.** Prevalencia de la realización de procedimientos recomendados por el Ministerio de Salud, según anotaciones del carnet de gestante, conforme al inicio del prenatal, Ponta Grossa, 2012.

Variables	Inicio anterior a 120 días	Inicio posterior a 120 días	Total	OR	X <sup>2</sup> (p)
<b>Anotación de la fecha probable del parto</b>					
Si	163 (77,62)	47 (22,38)	123	1,44	0,44 (0,507)
No	12 (70,59)	05 (29,41)	17		
<b>Verificación de la estatura</b>					
Si	49 (72,06)	19 (27,94)	0,67	1,36	1,39 (0,238)
No	126 (79,25)	33 (20,75)	1		
<b>Vacuna antitetánica</b>					
Si	30 (73,17)	11 (26,83)	41	0,77	0,44 (0,509)
No	145 (77,96)	41 (22,04)	186		
<b>Vacuna hepatitis B</b>					
Si	13 (61,90)	08 (38,10)	21	0,44	3,02 (0,082)
No	162 (78,64)	44 (21,36)	206		
<b>Verificación del peso de la gestante</b>					
Si	147 (87,50)	21 (12,50)	168	7,75	39,64 (0,000)
No	28 (47,46)	31 (52,54)	59		
<b>Verificación de la presión arterial</b>					
Si	134 (88,74)	17 (11,26)	151	6,89	
No	01 (100)	–	1	–	35,87 (0,000)
Algunas veces	40 (53,33)	35 (46,67)	75	1	
<b>Verificación de la altura uterina</b>					
Si	35 (67,31)	17 (32,69)	52	1,02	0,00 (0,9816)
No	02 (66,67)	01 (33,33)	3	1	3,96 (0,138)
Algunas veces	138 (80,23)	34 (19,77)	172	2,03	0,34 (0,560)
<b>Auscultación de los latidos cardiorfetales</b>					
Si	28 (68,29)	13 (31,71)	41	0,59	
No	04 (100)	–	4	–	1,98 (0,159)
Algunas veces	143 (78,57)	39 (21,43)	182	1	–
<b>Prescripción de Sulfato Ferroso</b>					
Si	13 (81,25)	03 (18,75)	16	1,31	0,17 (0,681)
No	162 (76,78)	49 (23,22)	211		
<b>Prescripción de Ácido Fólico</b>					
Si	22 (88,00)	03 (12,00)	25	2,35	1,89 (0,169)
No	153 (75,74)	49 (24,26)	202		
<b>Nº de consultas en el prenatal</b>					
1-5 consultas	18 (69,23)	08 (30,77)	26		1,03 (0,311)
≥6 consultas	157 (78,11)	44 (21,89)	201	1,6	

Si, cuando es verificado en todas las consultas; algunas veces, cuando es verificado en algunas consultas y no, cuando no realizado.  
Fuente: Carnet de la gestante.

En la Tabla 4 se verifica que la realización de los exámenes de hemograma, sífilis, primera y segunda toma de glicemia en ayunas, recolección de orina y primera toma anti HIV fueron, respectivamente, 5,1; 3,6; 4,2; 4,6; 2,6 e 2,5 veces

más frecuentes entre las mujeres parturientas de madres que realizaron el prenatal con inicio adecuado, comparadas con el grupo de las que iniciaron el prenatal tardíamente.

## DISCUSIÓN

Se sabe que la gestación en el grupo de edad menor de 15 años y mayor de 35 se caracteriza como factor de riesgo<sup>(1)</sup>, en este estudio fue observado riesgo aumentado de este grupo de edad con el mayor porcentaje de inicio tardío del prenatal. Estudio<sup>(8)</sup> reveló que más de 90% de las mujeres parturientas

habían realizado consultas de prenatal en algún servicio de salud, siendo la minoría (12%) en el servicio privado, resultado diferente al encontrado en este estudio, sin embargo con la probabilidad de iniciar un prenatal adecuado en el servicio privado. Los elevados porcentajes y las diferencias estadísticamente significativas entre la asistencia prenatal en los servicios público e privado demostró la necesidad de

**Tabla 4.** Prevalencia de la realización de exámenes recomendados por el Ministerio de Salud, según anotación en el carnet de gestante, conforme al inicio del prenatal, Ponta Grossa, 2012.

Variables	Inicio anterior a 120 días	Inicio posterior a 120 días	Total	OR	X <sup>2</sup> (p)
<b>Tipo sanguíneo</b>					
Si	161 (78,16)	45 (21,84)	206	1,79	1,42 (0,233)
No	14 (66,67)	07 (33,33)	21		
<b>Hemograma</b>					
Si	169 (79,34)	44 (20,66)	213	5,12	9,90 (0,002)
No	06 (42,86)	08 (57,14)	14		
<b>1ª Recolección para test anti-HIV</b>					
Si	35 (79,55)	09 (20,45)	44	1,2	7,34 (0,007)
No	140 (76,50)	43 (23,50)	183		
<b>2ª Recolección para test anti-HIV</b>					
Si	35 (79,55)	09 (20,45)	44	1,2	0,19 (0,666)
No	140 (76,50)	43 (23,50)	183		
<b>1ª Recolección de serología para sífilis</b>					
Si	156 (81,25)	36 (18,75)	192	3,65	12,19 (0,000)
No	19 (54,29)	16 (45,71)	35		
<b>2ª Recolección de serología para sífilis</b>					
Si	71 (84,52)	13 (15,48)	84	2	4,17 (0,041)
No	104 (72,73)	39 (27,27)	143		
<b>1ª Recolección de orina</b>					
Si	153 (80,10)	38 (19,90)	191	2,6	6,19 (0,013)
No	22 (61,11)	14 (38,89)	36		
<b>1ª Recolección de glicemia en ayunas</b>					
Si	168 (80,77)	40 (19,23)	208	4,2	
No	12 (50,00)	12 (50,00)	24		11,71 (0,001)
<b>2ª Recolección de glicemia en ayunas</b>					
Si	106 (89,08)	13 (10,92)	119	4,6	20,34 (0,000)
No	69 (63,89)	39 (36,11)	108		
<b>Citología oncótica</b>					
Si	09 (81,82)	02 (18,18)	11	1,35	0,15 (0,702)
No	166 (76,85)	50 (23,15)	216		
<b>Ultrasonido</b>					
Si	163 (78,37)	45 (21,63)	208	2,11	2,28 (0,131)
No	12 (63,16)	07 (36,84)	19		

Si, cuando fue realizado y no, cuando no fue realizado.

Fuente: Carnet de la gestante.

acciones destinadas a la mejoría de la asistencia prestada, principalmente en el SUS<sup>(9)</sup>.

Las condiciones de menor escolaridad y no tener compañero fueron más presentes en las mujeres parturientas que iniciaron el prenatal en período adecuado, esta realidad debe ser monitoreada una vez que la situación conyugal insegura y la baja escolaridad se caracterizan como factores de riesgo<sup>(1)</sup>. Con todo, incluso con el riesgo asociado, esas gestantes tuvieron garantía de asistencia prenatal por haber iniciado el prenatal en período adecuado. De las mujeres que iniciaron el cuidado prenatal, 57% fue a partir del 4º mes, y los principales determinantes de la utilización de servicios de atención prenatal fueron edad materna, educación de las mujeres, índice de riqueza, intención de embarazo, orden de nacimiento del bebe y el deseo de más hijos<sup>(10)</sup>.

Fue observada predominancia en la realización de partos vaginales, y también una gran incidencia en el número de cesáreas principalmente entre aquellas con inicio del prenatal tardío. Resaltando el objetivo del PHPN en que debe ser reducido el número de operaciones cesarianas, los valores encontrados son bastante altos comparados con los valores considerados adecuados por la Organización Mundial de la Salud. En el presente estudio, la tasa total fue de 37%. Ya la tasa correspondiente en el Brasil en el período de 2005-2009, fue de 44%, mientras que lo recomendado para condiciones de riesgo habitual en la asistencia obstétrica debe estar entre 5% y 15%<sup>(11)</sup>.

Según datos del Ministerio de la Salud<sup>(1)</sup>, la hipertensión arterial sistémica (HAS) es la enfermedad que más frecuentemente complica la gravidez, afectando de 5% a 10% de las gestaciones, lo que caracteriza una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal, siendo el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado fundamentales para mejorar esos

resultados. Estudio realizado reveló que entre las gestantes estudiadas 9,6% presentaron HAS<sup>(12)</sup>, en relación a los valores de la presión arterial, 99% estaban muy bien registrados, en cuanto al registro del peso en 78% de los casos aun necesitaba de actualización<sup>(13)</sup>.

Sabiendo que la gravidez puede inducir a HAS en mujeres normotensas, tanto como agravar una hipertensión preexistente, la verificación de la presión arterial es uno de los procedimientos más importantes a ser realizados durante todas las consultas de prenatal. Además de eso, respecta al profesional identificar los factores que puedan favorecer la HAS, entre ellos la ganancia excesiva de peso<sup>(1)</sup>. Los resultados del estudio demostraron que iniciar el prenatal precozmente estuvo asociado con mejor desempeño en la verificación del peso y la presión arterial, lo que revela mejor calidad del prenatal que cuando se inicia precozmente.

La prescripción de sulfato ferroso y ácido fólico no fue anotada en la mayoría de los carnets de las gestantes, sin embargo en el estudio realizado<sup>(14)</sup> no se haya encontrado asociación del uso de sulfato ferroso por gestantes y la relación con el nacimiento de bebés pre término, bajo-peso y muy bajo-peso, los autores reforzaron la necesidad de nuevos estudios sobre los beneficios de la suplementación de sulfato ferroso en gestantes. La suplementación con ácido fólico se hace esencial para la prevención de enfermedades del tubo neural en los fetos, pues durante la gestación ocurre aumento de la demanda de esa vitamina<sup>(15)</sup>. Estudio presento que apenas 4,4% de las mujeres estudiadas usaron ácido fólico en el período preconcepcional, exigiendo la necesidad de orientación de los profesionales de la salud en cuanto la importancia del ácido fólico y la necesidad de fortificar los alimentos con ácido fólico<sup>(16)</sup>.

El inicio del prenatal precoz favorece la realización de exámenes de laboratorio impor-

tantes durante la gestación, que luego en la primera consulta ya deben ser solicitados. La toma de glicemia en ayunas debe ser solicitada en la primera consulta, sirviendo como test de rastreamiento para la diabetes *mellitus* gestacional (DMG) y debe ser solicitado nuevamente próximo a la 30ª semana de gestación<sup>(1)</sup>. El control periparto de diabetes es muy importante para el bienestar del recién nacido, siendo la mayor incidencia de hipoglicemia neonatal en los casos de hiperglicemia materna durante este período. En todas las mujeres parturientas, después de la extracción de la placenta hay una caída súbita de la insulina, y en mujeres parturientas con diabetes habrá, consecuentemente, necesidad de un acompañamiento atento en cuanto a la necesidad de prescripción de la insulina<sup>(17)</sup>.

La infección del tracto urinario es común en mujeres jóvenes, y es la complicación clínica más frecuente en la gestación, ocurriendo en 17 a 20% de las mujeres en ese período. Está asociada a la ruptura prematura de membranas, aborto, trabajo de parto prematuro, corioamnionitis, bajo peso al nacer e infección neonatal, y es una de las principales causas de septicemia en el embazaro<sup>(1)</sup> y el factor materno más comúnmente asociado al mortinato<sup>(18)</sup>.

Tan importante en cuanto a la realización del hemograma para el rastreamiento de la anemia, ya que en la gestación puede estar asociada al riesgo de mortalidad perinatal, bajo peso al nacer y trabajo de parto prematuro<sup>(1)</sup>, es el test para HIV y sífilis. Esto, pues, como comprobado en estudio nacional<sup>(19)</sup> e internacional<sup>(20)</sup>, el inicio precoz del prenatal es una de las estrategias de mejor control de la transmisión vertical de esas enfermedades.

## CONCLUSIÓN

A partir de los resultados de este estudio, se concluyó que el prenatal precoz favorece la

ejecución de las intervenciones recomendadas por el PHPN, además de demostrar la importancia de esas intervenciones para la salud del binomio madre-hijo garantizando el resultado de un parto y nacimiento más seguros.

La propuesta del estudio fue verificar si el inicio del prenatal adecuado favorece la ejecución de las acciones y resultados con menores riesgos para la gestación, y teniendo en cuenta los resultados, queda evidente que el inicio del prenatal hasta 120 días posibilita un mejor acompañamiento de esa gestante, garantizando que todos los exámenes recomendados puedan ser realizados, que ella inicie la suplementación vitamínica, y también la garantía de la inmunización. Recordando que cuanto más precoz se inicie el prenatal, mayor la posibilidad de intervenciones para cualquier situación.

Las principales limitaciones de este estudio se refieren al hecho de tratarse de un estudio transversal y debido al uso de datos secundarios. Se puede citar como ejemplo la suplementación vitamínica, en que se consideró la prescripción anotada, así, en casos en que no se encontraron prescripciones, eso no equivale a decir que la gestante no haya recibido la suplementación, pero si, que la anotación de la prescripción no fue realizada. La categoría de la DNV en cuanto al estado civil compromete la presencia de compañero, una vez que las mujeres parturientas amancebadas son clasificadas solteras, y casadas apenas son registradas en una notaría. El tiempo de recolección de los datos, que fue de apenas un mes, y ha sido realizada en apenas una institución del municipio también pueden haber sido factores limitantes.

Las principales contribuciones del estudio fueron: Reafirmar la importancia del inicio precoz del prenatal para que este sea realizado con calidad, sabiendo que hay poca referencia de estudios sobre el asunto relacionado al inicio del prenatal, y no hay estudios anteriores en el municipio.

Es posible percibir que, mediante todo incentivo de políticas públicas y programas sociales, aun así, muchas gestantes acaban por no realizar un prenatal de calidad. El enfermero, siendo profesional actuante en la red de atención básica, tiene el deber de garantizar que las políticas públicas sean realizadas de acuerdo con lo que es recomendado, organizando el servicio, haciendo búsqueda activa, actuando con todo el equipo y realizando el planeamiento familiar, las consultas de prenatal de bajo riesgo juntamente con el médico, ejecutando acciones educativas, y favoreciendo una atención integral, seguro y de calidad.

## CITAS

1. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada- manual técnico. Brasília: MS; 2006.
2. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad saúde pública*. 2009; 25(11): 2507-16.
3. Ministério da Saúde [homepage in the internet]. Pré-natal é fundamental para uma gravidez saudável [cited 2012 Aug 11]. Available from: <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/05/08/pre-natal-e-fundamental-para-uma-gravidez-saudavel-diz-ministerio-da-saude>
4. Silva GF, Pelloso SM. Profile of parturientes and their newborn babies receiving care in a university hospital in northwestern Paraná. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(1): 95-102.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 27 jul 2011; Seção 1.
6. Ministério da Saúde [homepage in the internet]. Gestantes do Bolsa Família já podem receber mais recursos [cited 2012 Nov 5]. Available from: [http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=1529&CO\\_NOTICIA=14111](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1529&CO_NOTICIA=14111)
7. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. *Caderno Estatístico Município de Ponta Grossa* 2012. Ponta Grossa: IPARDES; 2013.
8. Ceron MI, Barbieri A, Fonseca LM, Fedosse E. Prenatal care in the perception of postpartum women from diferente health services. *Rev CEFAC* [online]. 2013[cited 2013 Dec 17]15(3). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151618462013000300018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151618462013000300018&script=sci_arttext)
9. Paris GF, Pelloso SM, Martins PM. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. *Rev bras ginecol obstet*. 2013; 35(10): 447-52.
10. Kamal SM, Hassan CH, Islam MN. Factors Associated With the Timing of Antenatal Care Seeking in Bangladesh. *Asia Pac j public health*. 2013:[about 20.p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24097925>
11. Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Situação Mundial da Infância 2011: adolescência uma fase de oportunidades*. New York: UNICEF; 2011.
12. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad saúde pública*. 2012; 28(4): 789-800.
13. Barros MEO, Lima LHO, Oliveira EKB. Assistência pré-natal no município de Quixadá: um estudo descritivo. *Online braz j nurs* [Internet]. 2012 [Cited 2013 Jun 20] 11 (2): 319-30. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3782> doi:10.5935/1676-4285.20120029
14. Dal Pizzol TS, Giugliani ERJ, Mengue SS. Associação entre o uso de sais de ferro durante a gestação e nascimento pré- termo, baixo peso ao nascer e muito baixo peso ao nascer. *Cad saúde pública*. 2009; 25(1): 160-8.
15. Pontes ELB, Passoni CMS, Paganotto M. Importância do Ácido Fólico na Gestação: Requerimento e Biodisponibilidade. *Cadernos escol saúd nutrição*. 2008; (1): 1-6.
16. Al-Akhfash AA, Abdulla AM, Osman AM, Abdulgafar JI, Almesned AA. Maternal knowledge and use of folic acid among Saudi females. *Saudi med j*. 2013; 34(11):1173-8.
17. Kalra P, Anakal M. Peripartum management of diabetes. *Indian J Endocrinol Metab*. 2013; 17Suppl1:72–6.

18. Pérez-Molina J, Quezada-López C, Panduro-Barón G, Castro-Hernández JF. Maternal risk factors associated to stillbirth in a public hospital at West of Mexico. *Rev Invest Clin.* 2012; 64(4):330-5.
19. Domingues RSM, Hartz ZMA, Leal MC. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev bras saúde matern infant.* 2012;12(3): 269-80.
20. Tan NX, Rydzak C, Li GY, Vickerman P, Yang B, Peeling RW, et al. Prioritizing Congenital Syphilis Control in South China: a decision analytic model to inform policy implementation. *PLoS med.* 2013; 10(1): [ about 30.p.]. Available from: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001375>

---

Autores y contribuciones:

**Fernanda Sabini Faix Figueiredo-** participación en el proyecto de estudio, recolección de datos, redacción y correcciones solicitadas.

**Pollyanna Kássia Borges-** participación en el proyecto de estudio, revisión, redacción final y correcciones solicitadas.

**Gisele Ferreira Paris-** concepción de la pesquisa, participación en el proyecto de pesquisa, redacción final y correcciones solicitadas.

**Genyle Regina Santos Alvarez-** participación en el proyecto de estudio y recolección de datos.

**Lídia Dalgallo Zarpellon-** participación en el proyecto de pesquisa y revisión.

**Sandra Marisa Pelloso-** participación en el proyecto de pesquisa y revisión.

---

**Recibido:** 28/02/2013

**Revisado:** 20/11/2013

**Aprobado:** 24/11/2013