



Revista CUIDARTE

ISSN: 2216-0973

revistaenfermeria@udes.edu.co

Universidad de Santander

Colombia

Moya-Plata, Delia; Guiza-Salazar, Ingrid Johana; Mora-Merchán, Mayra Alejandra
INGRESO TEMPRANO AL CONTROL PRENATAL EN UNA UNIDAD MATERNO
INFANTIL

Revista CUIDARTE, vol. 1, núm. 1, enero-diciembre, 2010, pp. 44-52

Universidad de Santander

Bucaramanga, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533177007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

INGRESO TEMPRANO AL CONTROL PRENATAL EN UNA UNIDAD MATERNO INFANTIL

EARLY BEGINNING TO THE CONTROL PRENATAL IN A CHILDLIKE MATERNAL UNIT

*Delia Moya-Plata², Ingrid Johana Guiza-Salazar³,
Mayra Alejandra Mora-Merchán³*

RESUMEN

Introducción: El control prenatal se define como todas las acciones y procedimientos, sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden coordinar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. La muerte de una madre es una tragedia evitable que afecta una vida joven llena de grandes esperanzas; es una de las experiencias más traumáticas que puede sufrir una familia y afecta seriamente el bienestar, la supervivencia y el desarrollo de los hijos, especialmente de los más pequeños. Todo lo anterior trae como consecuencia el debilitamiento de la estructura social en general. **Materiales y Métodos:** Es un estudio descriptivo de corte transversal, en el cual, se identificaron aspectos importantes como las variables sociodemográficas, clínicas, barreras de acceso y adherencia para el ingreso temprano al control prenatal de las gestantes que consultan a una unidad materno infantil. **Resultados:** El control prenatal representa una estrategia básica que permite identificar factores de riesgo y alteraciones fisiológicas en toda paciente gestante. Los resultados expresados en el presente trabajo muestran el impacto favorable cuando no inciden las variables de riesgo. **Discusión y Conclusiones:** Queda demostrado que con un número suficiente de controles prenatales y efectuados en forma precoz, estas pacientes pueden ser contenidas en su situación y se llega a disminuir en forma muy importante la mortalidad perinatal. (Rev Cuid 2010;1(1):44-52).

Palabras clave: Atención Prenatal, Factores Epidemiológicos, Accesibilidad a los Servicios de Salud. (Fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Introduction: Prenatal care is defined as all actions and procedures, regular and periodical, intended for prevention, diagnosis and treatment of factors which can coordinate and maternal morbidity and perinatal mortality. The death of a mother is an avoidable tragedy involving a young life full of great hopes, is one of the most traumatic experiences a family can suffer and seriously affects the welfare, survival and development of children, especially the most small. All this results in the weakening of the social structure in general. **Materials and Methods:** It is a cross sectional study, which were identified as important aspects of sociodemographic, clinical, access and adherence barriers for early beginning to the control prenatal of pregnant women that consult in a childlike mother unit. **Results:** Prenatal care is a basic strategy for identifying risk factors and physiological changes in any pregnant patient. Results in this paper will show the positive impact when they do not affect the risk variables. **Discussion and Conclusions:** It is shown that a sufficient number of antenatal visits and conducted in early, these patients may be contained in your situation and arrive at a very important decrease in perinatal mortality.

Key words: Prenatal Care, Epidemiologic Factors, Health Services Accessibility. (Source: DeCS BIREME).

¹ Artículo original de investigación.

² Enfermera, Especialista en Salud Ocupacional, Magíster en Enfermería con Énfasis en Salud Familiar, Grupo de Investigación de Enfermería-Everest, Docente de Planta, Programa de Enfermería, Universidad de Santander UDES. Correspondencia: Programa de Enfermería UDES, Campus Universitario Lagos del Cacique, Bucaramanga, Colombia. E-mail: dmoyaplatainvest.edu@hotmail.com

³ Estudiantes, Programa de Enfermería, Universidad de Santander UDES.

INTRODUCCIÓN

El control prenatal puede llevar a la reducción de la mortalidad siempre y cuando sea temprano, continuo, completo y extenso de cobertura además de fomentarse hábitos de vida saludable. El control prenatal se define como todas las acciones y procedimientos, sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden coordinar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Según la Norma Técnica emitida por el gobierno de la protección social según la ley 100 en la resolución 412 del 2007 (1)

Uno de los principales problemas en la comunidad es que, a pesar de que la clínica se encuentre relativamente cerca (es central en la ciudad), se percibe la falta de asistencia por parte de las mujeres gestantes a sus respectivos controles prenatales, lo cual es consecuencia en primera instancia por la falta de educación sobre el autocuidado y la importancia de acudir al control médico y de enfermería, provocando que la morbi-mortalidad materna sea uno de los principales problemas en la población, el cual, además involucra otros factores, como la edad de la madre, la calidad de los servicios de salud, factores socioeconómicos, culturales y demográficos.

En nuestro país, a través de los programas de atención integral mujer, niñez y adolescencia se puede destacar el control prenatal cuyo propósito fundamental es mejorar la calidad de atención al binomio madre-hijo. Reflejando así la disminución de la morbilidad y mortalidad materna.

De acuerdo con la Dra. Rocío Galván (2) en su artículo “La falta de control en los primeros meses de embarazo, una realidad alarmante”, enuncia que la falta de dinero para movilizarse y realizarse los exámenes pertinentes, la ausencia de cobertura médica, desinformación, embarazo no deseado, o simplemente la falsa creencia de que esta etapa puede ser atravesada con el respaldo del entorno familiar y sin la presencia clave del médico. La ausencia de este tipo de controles en la primera etapa del embarazo impide detectar y tratar factores de riesgo como HIV, sífilis, hipertensión, diabetes, anemia y falta de ácido fólico, responsable de graves malformaciones fetales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (3) estimó que el índice de Mortalidad Materna (RMM) a nivel mundial se encuentra a razón de 400 por cada 100.000 nacidos vivos, lo que corresponde a 529.000 defunciones maternas anuales, de las cuales de los 300 millones de mujeres del mundo entero que padecen actualmente enfermedades de corta o larga duración son atribuibles al embarazo o al parto.

Cada hospital, empresa de seguridad social o diferentes gobiernos plantean modelos de control prenatal, que

basándose en estándares internacionales, buscan mejorar la calidad de vida de la madre y su neonato.

¿Qué tan bueno son esos controles prenatales? Muchas empresas del sector salud responden estas preguntas en términos de partos y tratamientos posparto satisfactorios. Pero muy pocas, por no decir ninguna, han realizado una evaluación científica sobre cada uno de los modelos de control prenatal que han llevado durante años. Esta dificultad por llevar evidencia científica, ha motivado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a publicar un manual escrito por el Dr. J. Villar, MD, MPH, MSc, y el Dr. P. Bergsjö MD, PhD (4), en representación del Grupo de Investigación del Estudio de Control Prenatal de la OMS, cuyo tema principal de investigación es el diseño de un modelo que limita el número de consultas a las clínicas y restringe los exámenes, los procedimientos clínicos y las acciones de seguimiento a aquellos que han demostrado por medio de sólida evidencia, que mejoran los resultados y/o perinatales. El objetivo de la investigación es comparar el modelo propuesto por los autores y un modelo estandarizado occidental.

La salud materno - perinatal guarda una relación estrecha con múltiples factores sociales, culturales, genéticos, religioso, políticos, demográficos, edad, nivel educativo, económicos y ambientales, es así como cifras del Panorama de Mortalidad Materna (3) la salud integral de la madre aun desde la etapa preconcepcional y la utilización oportuna y adecuada de servicios médicos prenatales y neonatales de alta calidad, son los factores de mayor incidencia en las tasas de mortalidad perinatal. Por tal razón el fin de este estudio es evaluar los programas orientados a la protección del binomio madre-hijo, por medio de la caracterización de las gestantes atendidas en la unidad materno infantil Santa Teresita (UIMIST).

Algunos factores sociodemográficos serían los responsables de las bajas coberturas en los programas del control prenatal situación que se evidencia como problema de salud pública que aumenta proporcionalmente con la situación de desplazamiento. (5)

Es así como un proceso bien planificado y organizado conlleva al control de las diversas variables y factores que lo definen. Un control prenatal (planificación y organización del parto y posparto) permite identificar factores de riesgos, lo cual hace posible establecer opciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo. En este programa se propone mejorar la calidad de vida de las madres gestantes, por medio de la concientización-sensibilización, para que asistan oportunamente de acuerdo a los estándares de cuidado establecidos por entes gubernamentales relacionados con los programas del control prenatal para reducir

los casos de morbi-mortalidad materna que están registrados en donde se relaciona la ausencia de un gran número de usuarias para el control prenatal atendidas en la Unidad Materno Infantil Santa Teresita (UIMIST) en Bucaramanga en el periodo 2009.

El mecanismo de estudio empleado en la clínica, identifica los factores que influyen en las complicaciones relacionadas tales como: diabetes

MATERIALES Y MÉTODOS

Etapas de la Investigación

La investigación se diseñó en tres etapas:

Primera etapa inicial o diagnóstica: en donde se identificaron las variables sociodemográficas y clínicas de las gestantes que asisten a la unidad intermedia santa teresita (UIMIST).

Segunda etapa: Se elaboró un diagnóstico de las características sociodemográficas y clínicas de las gestantes que asisten al control prenatal en la unidad intermedia santa teresita (UIMIST).

Tercera etapa: con base en el diagnóstico se programó un plan de intervención educativa asistida a los implicados (usuarios, empleados, personal asistencial, priorizando intervenciones relacionadas con la importancia del ingreso temprano de las gestantes al control prenatal y su impacto en la calidad de vida de la gestante y su hijo por nacer. Se aplicó una encuesta que contiene en una sección las preguntas relacionadas con la caracterización sociodemográficas, seguida de otra sección de preguntas relacionadas con las variables de caracterización clínica, las cuales cuyos resultados servirán de base para intervenciones educativas que hará enfermería (UDES) en dicha población.

Antes de aplicar los instrumentos de evaluación se realizó una prueba piloto acompañada del consentimiento informado; la prueba piloto se aplicara en el centro de salud pablo VI del barrio la victoria de Bucaramanga, con el fin de realizar los ajustes respectivos y su posterior aplicación en la población de gestantes que consultan a la unidad intermedia materno infantil santa teresita (UIMIST).

La información se recolectó por encuestadores debidamente capacitados en el diligenciamiento del instrumento, y supervisado por el director del proyecto quien hará la intervención educativa resultante del diagnóstico inicial.

Población: La población es de 160 gestantes que

asistieron al control prenatal a la (UIMIST). Esta información es tomada de los libros de registros existentes en el área de control prenatal; y de los indicadores registrados en la institución, que fueron realizados desde el 1 de enero hasta el 30 de diciembre de 2009.

Instrumento y Técnica Utilizada: Uso de cuestionarios tipo encuesta, aplicadas a las gestantes que asistieron en el periodo A y B del 2009 a la UIMIST.

Fuentes Primarias: Se utilizó encuestas y entrevistas personalizadas a las gestantes atendidas en la UIMIST.

Fuentes Secundarias: Se utilizó la información disponible en la base de datos de la UIMIST.

Método de Recolección: Se realizaron encuestas por medio personalizado, con el acompañamiento de los encuestadores.

Recolección de la Información: La información se recolectó en el periodo comprendido entre julio 1/ 2009 a diciembre 30 de 2009. Esta se obtuvo a partir de la aplicación de la encuesta sobre caracterización sociodemográfica, clínica, barreras de acceso y adherencia para el ingreso temprano de las gestantes que consultaron en la unidad intermedia materno infantil santa teresita (UIMIST).

Consideraciones éticas: La ética en enfermería estudia las razones de los comportamientos de las prácticas en la profesión, la enfermera proporcionara servicios respetando la dignidad humana e individualidad de la persona, sin discriminación alguna por su discriminación actual, respetando la información confidencial sin divulgarla sin permiso alguno.

Respetando los principios de: autonomía por el cual cada individuo tiene derecho a decidir sobre aquello que le afecta; principio de beneficencia: se refiere a la búsqueda del bien o beneficio de la persona, a la protección de sus derechos, a las decisiones que requieren un análisis de costo/beneficio para la toma de decisiones terapéuticas; principio de justicia; es tratar a cada uno como le corresponde con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad. Principios de no maleficencia; es abstenerse intencionalmente de realizar acciones de hacer daño o perjudicar a otros.

RESULTADOS

La muestra del presente estudio estuvo conformada por 160 maternas usuarias de los servicios de la UIMIST; de las cuales, el 73% de las maternas eran gestantes y el porcentaje restante se encontraban en la etapa de puerperio.

Análisis Univariado o descriptivo

La mediana de edad de las maternas fue de 24 años y oscilo entre 14 a 40 años.

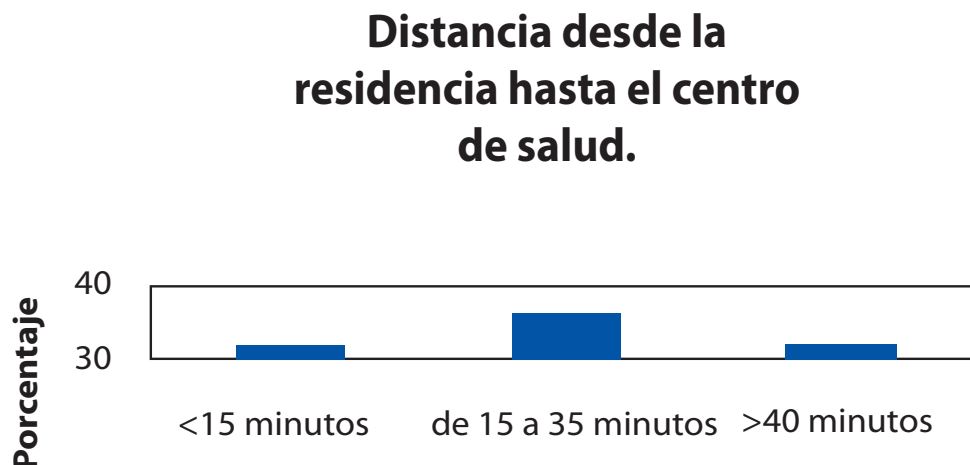
Tabla 1. Aspectos sociodemográficos de las maternas usuarias de los servicios de la UIMIST.

Variable	Valor absoluto	Porcentaje
PROCEDENCIA		
Bucaramanga	132	83
Barrancabermeja	8	5
Otra	20	12
Religión		
Católica	136	85
Otra	24	15
ESTADO CIVIL		
Casada	51	32
Soltera	58	36
Unión libre	51	32
ESCOLARIDAD		
Primaria incompleta	34	21
Primaria completa	32	20
Secundaria completa	90	56
Universidad	4	3
OCUPACIÓN		
Ama de casa	108	68
Trabaja	46	26
Estudia	10	6

Fuente: base de datos del estudio

En la tabla 1 se observa que la mayoría de las maternas proceden de Bucaramanga (83%), son de religión católica (85%), el 64% tienen pareja, tienen educación secundaria (56%) y son amas de casa (68%). En la gráfica 1 se muestra la distribución de las maternas de acuerdo a cuánto tiempo gastan desde su hogar o residencia hasta el centro de salud, la mayoría de maternas, exactamente un 36% viven entre 15 a 35 minutos del centro de salud; sin embargo un 32% viven a 40 minutos o más del centro de salud, lo cual puede considerarse como una limitante a la hora de acceder a los servicios de salud de dicha institución.

Gráfica 1. Tiempo que tardan las maternas usuarias de la UIMIST en desplazarse desde su vivienda hasta el centro de salud.



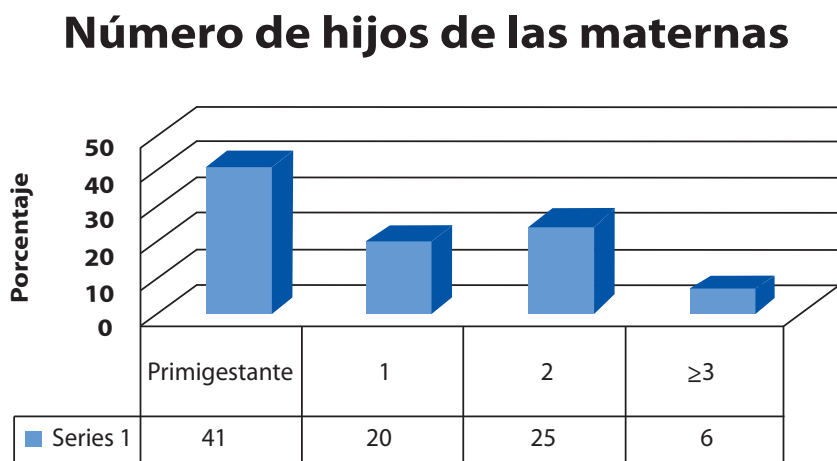
Fuente: base de datos del estudio

Con relacion a la distancia de la vivienda de la usuaria al centro de salud en donde recibe la atencion encontramos que 57 pacientes que equivalen al 36% estan en una distancia entre 15 / 35 min, luego no se considera una variable que interfiera en el cumplimiento oportuno al control prenatal.

Según el reporte de las maternas, el 48% de los padres, conyuges, parejas o responsables del embarazo asisten o las acompañan al control prenatal. Las maternas que son acompañadas por sus parejas, posiblemente experimentan mayor apoyo, cuidado, mejor reñlación y participación en el proceso de gestación por parte de estas.

En la gráfica 2 se muestra la frecuencia del numero hijos de las maternas, encontrando que el 41% de las materna eran primigestantes, el 20% tenían un hijo, el 25% 2 hijos, el 8% 3 hijos y el 6% restante tenían más de 3 hijos; asi mismo, el 47% de las maternas manifestaron que planificaban.

Gráfica 2. Número de hijos de las maternas usuarias de la UIMIST



Fuente: base de datos del estudio

Tabla 2. Descripción de las características obstétricas de las maternas usuarias de los servicios de la UIMIST.

Característica	Mediana	Rango
Gestación	2	1 a 7
Partos	1	0 a 6
Abortos	0	0 a 2
Cesáreas	0	0 a 3
Vivos	1	0 a 6
Muertos	0	0 a 2

Fuente: base de datos del estudio

En la tabla 2 se observa que la mayoría de las usuarias de los servicios de la UIMIST han tenido 2 embarazos, un parto y un nacido vivo. Lo cual indica que posiblemente los servicios de mayor demanda son los ofrecidos a las gestantes como controles prenatales, monitoreos fetales, etc.

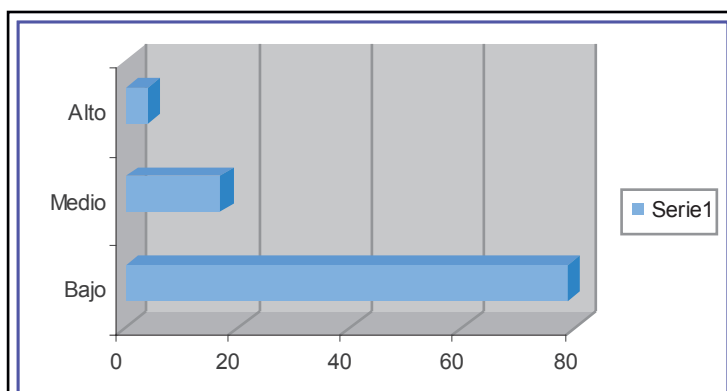
Tabla 3. Caracterización del riesgo en el embarazo de las usuarias de los servicios de la UIMIST.

Variable	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Factores de riesgo		
Macrosomía fetal	1	0.68
Prematuridad	3	2
Embarazo actual		
Amenaza de aborto	25	16
Amenaza de parto pretérmino (con manifestación clínica de hemorragia)	6	4

Fuente: base de datos del estudio

De las 43 púérperas que se encontraron en el estudio se encuentran 3 casos de prematuridad siendo el control prenatal oportuno una variable que permite detectar los riesgos del producto en gestación.

En cuanto al perfil de riesgo de la gestantes, un muy bajo porcentaje (<3%) tenían factores de riesgo como macrosomía fetal o prematuridad. Además, del total de maternas el 16% presentó amenaza de aborto y el 4% amenaza de parto pretérmino con manifestación clínica de hemorragia.

Gráfica 3. Clasificación del riesgo del embarazo actual en las usuarias de los servicios de la UIMIST.

Fuente: base de datos del estudio

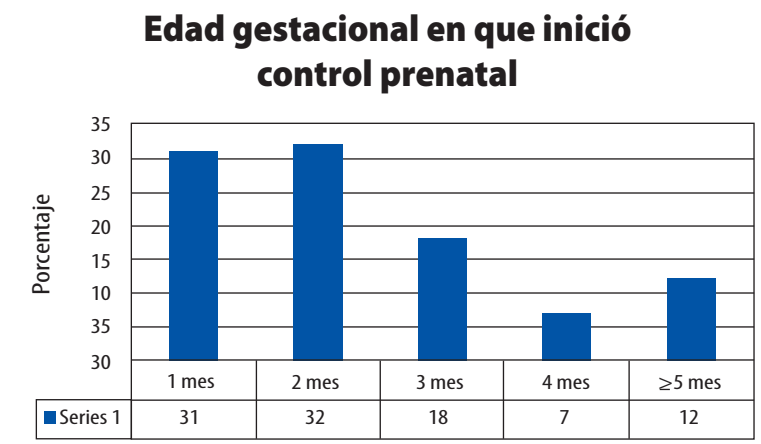
En la grafica 3 se evidencia que la mayoría de embarazos están clasificados como de bajo riesgo con un 79%, el 17% de medio riesgo y el 4% restante de alto riesgo.

Tomando las 43 puérperas de la muestra como un 100%, se encontró lo siguiente: en el 70% de estas la vía de finalización del embarazo fue por parto normal; el 65% de los nacimientos fue atendido en un hospital; el 58% de los recién nacidos fueron niños, el promedio de peso de los recién nacidos fue de 3150 kilogramos, con una talla promedio de 49 centímetros; además, el 58% de los recién nacidos tienen grupo sanguíneo y Rh O+, el 25% A+, resultados semejantes a su distribución en todas las maternas, ya que el 50% eran O+ y el 17% A+, siendo estos los subtipos más frecuentes.

En cuanto al control prenatal y el embarazo actual se identificó lo siguiente:

El 98% de las maternas en el embarazo actual asistió a controles prenatales.

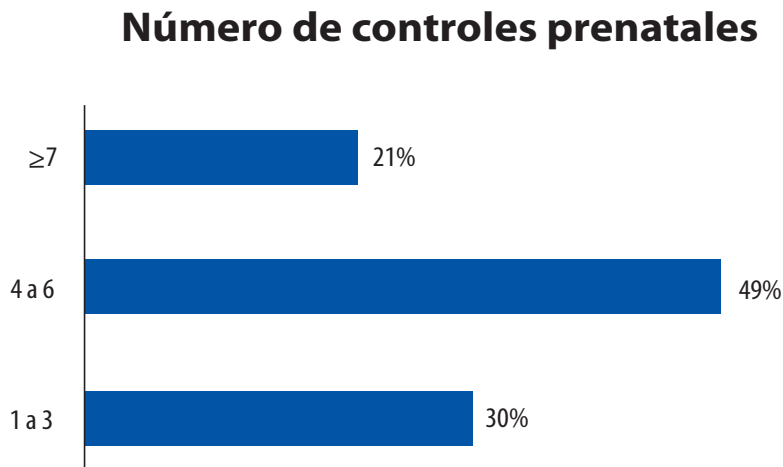
Gráfica 4. Edad gestacional en que las usuarias de los servicios de la UIMIST iniciaron control prenatal.



Fuente: base de datos del estudio

En la gráfica 4, se observa que el 31% de las maternas inicio o asistió por primera vez al control prenatal en el primer mes de embarazo, el 32% en el segundo mes, el 18% en el tercer mes, el 7% en el cuarto y el 12% restante a partir del quinto mes o más de embarazo; es decir, el 81% de las maternas iniciaron controles prenatales en el primer trimestre de embarazo. Estos datos reflejan que las maternas tienen mayor conciencia y tienden a iniciar a más temprana edad gestacional los controles prenatales, como respuesta a las múltiples estrategias realizadas por el sistema de salud con el propósito de detectar y controlar tempranamente los factores de riesgo del embarazo.

Gráfico 5. Número de controles prenatales en las usuarias de los servicios de la UIMIST



Fuente: base de datos del estudio

En la gráfica 5 se observa que el 30% de las maternas ha tenido en el embarazo actual entre 1 a 3 controles prenatales, el 49% entre 4 a 6 controles y 7 o más controles prenatales el 21%. Teniendo en cuenta que la mediana de la edad gestacional del embarazo actual es de 7 meses, oscilando en el rango de 3 a 9 meses de embarazo. Aparentemente, las mujeres están tomando mayor conciencia de la importancia de realizarse los controles prenatales, sin embargo esto no alcanza a la periodicidad recomendada por el ministerio de protección social en la guía de detección de alteraciones en el embarazo, donde se recomienda realizar control prenatal mensualmente y quincenalmente después de la semana 36 de gestación hasta la 40 semanas; la información encontrada demuestra que pese a los esfuerzos e instrumentos realizados por instituciones estatales y personal de salud dedicado a la promoción y prevención no ha sido suficiente para lograr un cubrimiento en un 100% que disminuya los índices de morbi mortalidad materno perinatal relacionadas con el ingreso tardío al control prenatal

Análisis Bivariado o de asociación

Realizando un análisis bivariado, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel de riesgo del embarazo actual por: estado civil de la gestante (valor $p=0.5$), escolaridad (valor $p=0.14$) y ocupación (valor $p=0.42$).

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel de riesgo del embarazo actual y la participación del padre en el control prenatal, como se muestra en la tabla 4, es decir en hay mayor número de embarazos de bajo riesgo en las maternas que fueron acompañadas o hubo participación del padre en el control prenatal, lo cual sugiere que el acompañamiento en el proceso de gestación puede favorecer el adecuado curso de misma, por lo tanto, según estos hallazgos se recomendaría que las estrategias en atención prenatal se encaminarán a promover la vinculación y participación de la pareja en el desarrollo de la gestación.

Tabla 4. Análisis bivariado entre riesgo del embarazo y participación del padre en el control prenatal.

Padre asiste al CP*	Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo alto	Total
Si	67	9	1	82
No	59	18	5	78
Total	126	27	6	160

Pearson $\chi^2(2) = 6.0233$ $Pr = 0.049$

*CP: control prenatal

De esta manera, el apoyo familiar se convierte en un elemento que proporciona fortaleza y seguridad a la gestante obteniéndose como resultado, minimizar el riesgo asociado a la falta de apoyo de su pareja.

CONCLUSIONES

- Este trabajo nos permite fundamentar lo importante que resulta el control de la mujer embarazada, ya que la precocidad y el aumento del número de controles durante el embarazo redundaría en una disminución de la mortalidad perinatal evitable, y tendría que ser acompañada de una disminución de la solicitud de días de internación en las unidades de Terapia Intensiva Neonatal.
- Entendemos a este control prenatal como uno de los pilares básicos de la Atención Primaria, no desde el punto de vista de una atención médica primaria o primitiva sino desde el punto de vista de una atención médica primordial, tratando de poner allí a recursos humanos formados y motivados para esta atención fundamental. Además los lugares donde se efectúe esta atención deben contar con sus estadísticas y las de los Hospitales de referencia para conocer la real importancia de su labor y el impacto beneficioso que su tarea puede llegar a ejercer sobre la comunidad en que actúan. En este caso la UIMIST.
- Al mismo tiempo, se debería favorecer el acceso de toda embarazada al sistema, estableciéndose que toda la atención y las prestaciones que sean necesarias para la misma no impliquen gasto alguno para ese grupo familiar.

- Queda demostrado que con un número suficiente de controles prenatales y efectuados en forma precoz, estas pacientes pueden ser contenidas en su situación y se llega a disminuir en forma muy importante la mortalidad perinatal.
- El control prenatal representa una estrategia básica que permite identificar factores de riesgo y alteraciones fisiológicas en toda paciente gestante. Los resultados expresados en el presente trabajo muestran el impacto favorable cuando no inciden las variables de riesgo.

RECOMENDACIONES

- Fomentar la integración a la consulta del padre y/o familia (no solo el acompañamiento a la consulta, si no durante el momento del parto y del puerperio).
- Proporcionar medidas de control para la intervención adecuada en aquellas gestantes que no logran acceder al control prenatal por diversas razones.
- Orientación sobre signos de alarma por los que

debe consultar oportunamente, tales como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales y auditivos, epigastralgia, edemas, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, aminorrea o leucorrea, o sintomatología urinaria.

- Brindar un espacio para resolver inquietudes e interrogantes de la gestante.
- Recomendación de sitios para su atención durante las 24 horas del día o de solicitud de información en situaciones de urgencia.
- Fomento de factores protectores para la salud de la gestante, tales como: medidas higiénicas, guía nutricional, fomento de la actividad física, sexualidad, prevención de infecciones vaginales, sueño, vestuario, apoyo afectivo, control prenatal, vacunación y la atención institucional del parto.
- Fortalecimiento de los vínculos afectivos, la autoestima y el auto cuidado como factores protectores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Normas Técnicas para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo. Santa Fé de Bogotá. 2007. 17p.
2. Galván R. La falta de control en los primeros meses de embarazo, una realidad alarmante. Disponible desde internet en: <http://www.auno.org.ar/leer.php/5042> [Con acceso el 29 de septiembre de 2009]
3. Gallego L, Velez GA, Agudelo B. Panorama de la Mortalidad Materna. Colombia. 2008. 18 p.
4. Villar J. Ensayo Clínico Aleatorizado de Control Prenatal De OMS, manual para la puesta en Práctica del nuevo modelo de Control. Organización Mundial de la Salud. 2003. p.47.
5. Valencia C, Pizarroso C, Huaynoca Q. Asistencia de mujeres embarazadas al cuarto control prenatal, Hospital Irupana. Julio 2004 – Septiembre 2005. Perú. 5 p.