

Embarazo sin control.

Análisis epidemiológico

Dres. María Eugenia Verde ^{*}, Lucía Varela [†], Cecilia Episcopo [‡], Ruben García [§],
Leonel Briozzo [¶], Ivana Impallomeni ^{††}, Justo Alonso ^{‡‡}

Clínicas Ginecotológicas A y C, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay

Resumen

Introducción: dada la frecuente consulta de pacientes en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) cursando embarazos no controlados, surge la necesidad de contar con información sobre las razones por las cuales dichas mujeres no se controlan.

Objetivo: analizar las características sociales y culturales de las pacientes que llegan al CHPR en trabajo de parto o puerperio inmediato, y que no han controlado sus embarazos, con el fin de determinar las causas que llevan a estas mujeres a no controlarse.

Material y método: estudio descriptivo, observacional, analizando los datos en forma cuantitativa. Se recolectaron datos del total de embarazos sin control entre los días 1º de mayo al 10 de julio de 2009 en el CHPR o referidas al mismo. La muestra fue de 135 pacientes, en un total de 1.576 nacimientos registrados en dicho período, lo que corresponde a 8,6%.

Resultados: se analizaron las características sociales y culturales de la población estudiada. Con respecto al análisis de las causas por las cuales estas pacientes no controlan sus embarazos, 48,9% refiere falta de interés frente al control, siendo la más frecuente independientemente de la edad y paridad de la paciente, seguida de 17,8% que refiere no poder concurrir por tener hijos a su cargo; 10,4% por falta de carné de asistencia; 7,4% por falta de ginecólogo o partera en policlínica de referencia; 4,5% por falta de dinero, y 3,6% por policlínica distante.

Palabras clave: EMBARAZO
ATENCIÓN PRENATAL

Keywords: PREGNANCY
PRENATAL CARE

* Residente de Clínica Ginecotológica C. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

† Residente de Clínica Ginecotológica A. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

‡ Ex Asistente de Clínica Ginecotológica C. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

§ Licenciado en Psicología. Diplomatura en Psicoterapia de Servicios de Salud. Asistente del Instituto de Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad de la República. Uruguay.

¶ Profesor Titular de Clínica Ginecotológica A. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

†† Residente de Clínica Ginecotológica C. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

‡‡ Profesor Titular de Clínica Ginecotológica C. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

Correspondencia: Dra. María Eugenia Verde. Canelones 867/101. CP 11100. Montevideo.

Correo electrónico: meugeniaverde@hotmail.com

Recibido: 24/11/11

Aceptado: 4/5/12

Conflicto de intereses: los autores del presente artículo declaran que no existe conflicto de intereses.

Antecedentes

La atención prenatal reduce la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, partos prematuros y el número de productos con bajo peso al nacer; también permite identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo⁽¹⁻⁴⁾.

El Ministerio de Salud Pública cuenta con el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, el cual contiene Normas de Atención a la Mujer Embarazada⁽⁵⁾, cuyo objetivo es atender integralmente el proceso al que se enfrentan las mujeres durante el embarazo y así mejorar los resultados en su salud y del producto de la gestación. Dichas normas siguen los lineamientos expresados por la Organización Mundial de la Salud en el año 2001 en cuanto al cuidado de la mujer embarazada⁽⁶⁾. Según estas normas es importante informar a la mujer que el seguimiento del embarazo por parte del equipo sanitario favorece la prevención, detección temprana y tratamiento de posibles patologías que puedan incidir negativamente en la salud de la mujer, su feto y/o el recién nacido. Los aspectos médicos, sociales, culturales y psicológicos juegan un rol preponderante en la salud de las mujeres gestantes y en los resultados maternos-perinatales.

A nivel nacional se realizó un primer estudio en el año 1990 en el CHPR con el objetivo de determinar la proporción de concurrencia a los controles prenatales en Montevideo a nivel del sector Salud Pública y establecer cuáles eran las barreras para la concurrencia a dicho control. Para ello se realizó una encuesta a 220 púerperas entre el 17 de enero y el 14 de marzo de 1990.

En cuanto a los resultados de este estudio de 220 pacientes encuestadas, 30% no concurrió al control prenatal, habiéndolo realizado en una o más oportunidades el restante 70%. Se encontró, además, que las adolescentes asisten a los controles con la misma frecuencia que las embarazadas adultas.

También se concluyó que a pesar que desde marzo de 1990 el carné de asistencia no es una condición para atender embarazadas, las mujeres que no lo poseían asistieron mucho menos a los controles, y las que no asistieron nombraron frecuentemente esta causa como razón para el no control.

Al estudiar las respuestas obtenidas al preguntar por las causas que llevaron a un comienzo tardío o a la inasistencia del control del embarazo, se vio que las pacientes ponían énfasis, entre otras, en causas relacionadas con la organización de las policlínicas, cuidado de los demás hijos, el desconocimiento del embarazo y la situación laboral así como el miedo frente al examen médico⁽⁷⁾.

En 2008 fue presentado en el Congreso Latinoame-

ricano de Salud Sexual y Reproductiva un segundo trabajo realizado también en el CHPR. El estudio se llevó a cabo de enero a marzo de ese año y su objetivo era conocer la incidencia y los factores vinculados al embarazo no controlado en este centro. En cuanto a los resultados, la incidencia de embarazo no controlado fue de 2,4% del total de nacimientos registrados en dicho período. En cuanto a los factores por los cuales estas pacientes no controlaron su embarazo, se concluyó que era necesario un estudio más detallado y a más largo plazo de esta población⁽⁸⁾.

A pesar del cambio en el modelo de atención de salud, que jerarquiza el primer nivel de atención y la existencia de centros de atención a nivel comunitario, donde se realiza control de la mujer embarazada, existen, como ya se mencionó, pacientes que no controlan sus embarazos.

En la década de 1950, Irwing Rosenstock expuso el Modelo de creencias en salud, cuyo objetivo fue explicar y predecir la mayor o menor adhesión de un grupo de pacientes hacia un programa de *screening* con rayos X para la detección precoz de tuberculosis en Estados Unidos. Dicho modelo, que incluía el estudio de la percepción de los beneficios del examen, se amplió para explicar las creencias sobre acciones preventivas, detección precoz y comportamiento de la enfermedad.

El modelo establece que los componentes del comportamiento que hace que una persona decida tomar acciones por su salud son:

1. Percepción de susceptibilidad: percepción de cada individuo de la probabilidad de enfermar.
2. Percepción de gravedad: percepción del individuo sobre la seriedad de enfermar o estar enfermo sin tratamiento, con sus consecuencias sociales, familiares y laborales.
3. Percepción de beneficios: percepción de que la acción propuesta es factible y eficaz.
4. Percepción de barreras de acción: se refieren a las características del tratamiento o medidas preventivas (incomodidad, costo, dolor, etcétera).
5. Claves para la acción: es la creencia del individuo de poder llevar a cabo el tratamiento o medida preventiva con éxito.

Otras razones distintas a estos componentes del comportamiento pueden influir sobre las prácticas de salud como son: factores culturales, nivel socioeconómico, experiencias anteriores, entre otras⁽⁹⁾.

La incidencia anual de las mujeres que tuvieron su parto en el CHPR y no se controlaron, tomando como referencia el Sistema Informático Perinatal (SIP), fue de 8,3% en el año 2008. La evolución de la incidencia de

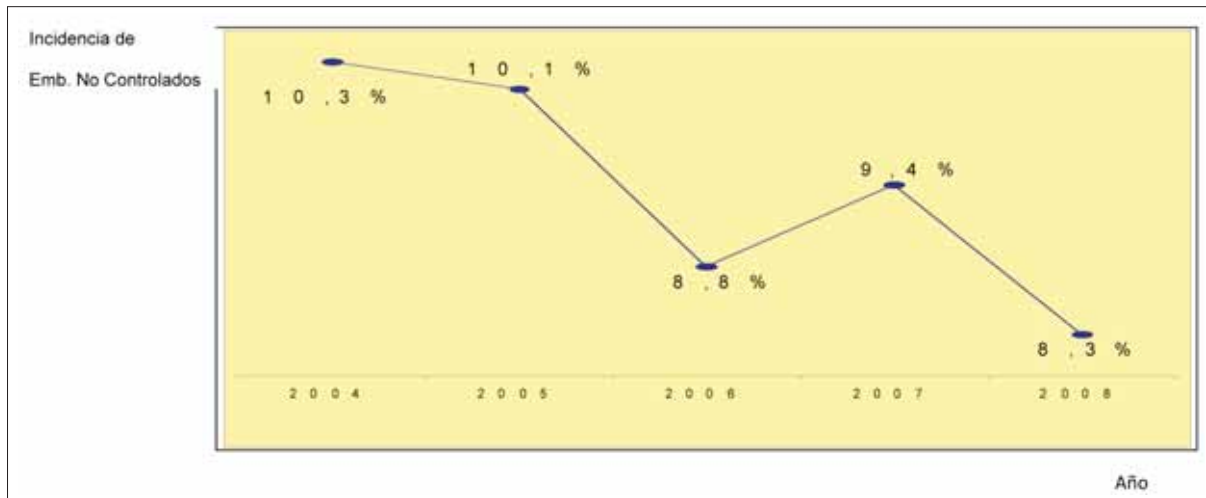


Figura 1. Evolución de embarazos no controlados (Centro Hospitalario Pereira Rossell) en % (período 2004-2008)

embarazos no controlados en el CHPR en el quinquenio 2004-2008 se expresa en la figura 1⁽¹⁰⁾.

Justificación

En nuestra práctica diaria en la Maternidad del Hospital de la Mujer, CHPR, es frecuente la consulta de pacientes en etapas avanzadas de la gestación o incluso en trabajo de parto con el denominador común de cursar embarazos no controlados.

Surge de lo antes mencionado la necesidad de contar con información objetiva de las razones por las cuales dichas mujeres no controlan sus embarazos en este centro hospitalario.

Objetivos

Analizar las características sociales y culturales de las pacientes que llegan al CHPR en trabajo de parto o referidas al mismo luego de su parto fuera de dicho centro y que no han controlado sus embarazos. Por otra parte, realizar una investigación que permita aproximarnos a la comprensión de las causas que llevan a estas mujeres al no control de sus embarazos.

Población

Muestra de conveniencia con todas las mujeres que no controlaron sus embarazos y que tuvieron su parto entre el 1° de mayo y el 10 de julio de 2009 en el CHPR, o referidas al mismo.

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, analizando los datos de forma cuantitativa.

Se recolectaron datos del total de las pacientes cursando embarazos no controlados a las que se asistió en el

parto o fueron referidas en el puerperio inmediato a nuestro centro en el período comprendido entre el 1° de mayo y el 10 de julio de 2009.

La muestra fue de 135 pacientes, en un total de 1.576 nacimientos registrados en dicho período, lo que corresponde a 8,6%.

Los datos fueron obtenidos mediante una entrevista semiabierta, anónima, lo que permitió una buena recepción por parte de las pacientes. Los datos fueron recabados por médicos residentes de ginecología de segundo año a pacientes cursando puerperio inmediato internadas en sala de maternidad del CHPR.

La información del no control del embarazo se extrajo de la historia clínica, confirmándose dicho dato con la paciente.

Se invitó a cada una de estas pacientes a participar de este estudio explicando el objetivo del mismo y destacando que se reservaría su identidad en el momento de realizar el análisis de los datos. El consentimiento informado fue obtenido en forma verbal y todas las entrevistadas autorizaron la realización de la encuesta.

Resultados

En el período analizado se recolectaron los datos de 135 pacientes con embarazos no controlados; las características demográficas de dicha población se describen en la tabla 1.

Con respecto a la edad de las pacientes entrevistadas, 72,6% se encuentran comprendidas en la franja etaria de 20 a 34 años, mientras que 17,8% son pacientes adolescentes y 9,6% corresponden a gestantes añosas.

En lo que refiere al estado civil, 60% se encuentra en unión estable, definiendo como tal la convivencia de por

Tabla 1. Características demográficas de la población en estudio

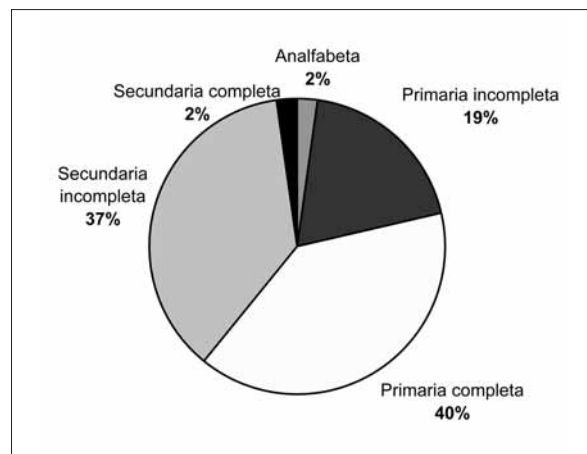
	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Edad		
<19 años	24	17,8%
19-34 años	98	72,6%
>34 años	13	9,6%
Estado civil		
Soltera	46	33,3%
Casada	8	6%
Unión libre	80	60%
Viuda	1	0,7%
Ocupación		
Trabajo <6 hs	8	6%
Trabajo >6 hs	13	9,6%
Cuida del hogar	114	84,4%
Nivel de instrucción		
Analfabeta	3	2%
Primaria incompleta	53	19%
Primaria completa	26	39%
Secundaria incompleta	50	37%
Secundaria completa	3	2%
Domicilio		
		+
Montevideo	107	79,3%
Interior del país	28	20,7%
Paridad		
		+
Primigesta	25	18,5%
1-3 embarazos	60	44,5%
Más de 4 embarazos	50	37%

lo menos un año con sus actuales parejas. El 33,3% son solteras y únicamente 6% se encuentran casadas.

Se destaca que 84,4% de las pacientes no trabaja ni busca empleo, desempeñándose la mayor parte de ellas en tareas del hogar.

El 9,6% tiene una jornada laboral de más de seis horas y 6% trabaja menos de seis horas (figura 2).

Del total de las pacientes que trabajan fuera de su hogar, 43% lo hace como empleada doméstica.

**Figura 2.** Ocupación**Figura 3.** Nivel de instrucción

En cuanto al nivel de instrucción, 39% completó primaria.

Solamente 2% completó secundaria; 37% comenzó los estudios secundarios, pero abandonó los mismos.

Se destaca que 2% son analfabetas y 19% no alcanzó a completar la educación primaria (figura 3).

Únicamente dos pacientes refieren continuar estudiando.

Del total de pacientes, 79,3% vive en Montevideo y 20,7% en el interior del país.

El 86,7% vive en zona urbana, 13,3% en zona suburbana, no siendo ninguna proveniente del medio rural.

El 97,7% de las entrevistadas conoce cuál es su centro de salud de referencia.

Con respecto a la distancia a dicho centro de salud, 72,8% tiene una policlínica a menos de diez cuadras de su domicilio, mientras que solo 13,6% vive a más de 20 cuadras (figura 4).

El 93,9% tiene locomoción a dicho centro de salud.

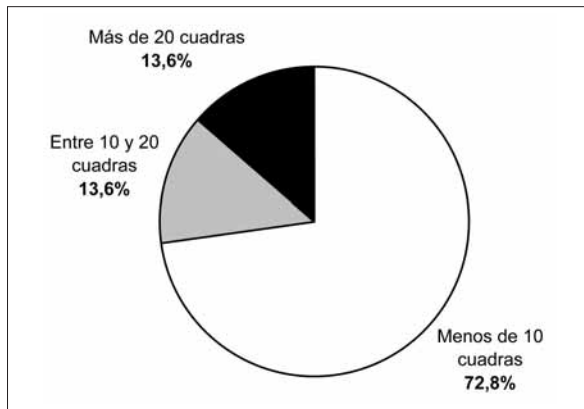


Figura 4. Distancia al centro de salud

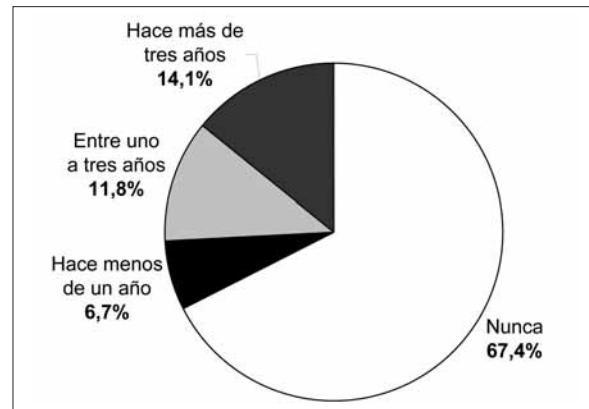


Figura 5. Realización de colpocitología oncológica

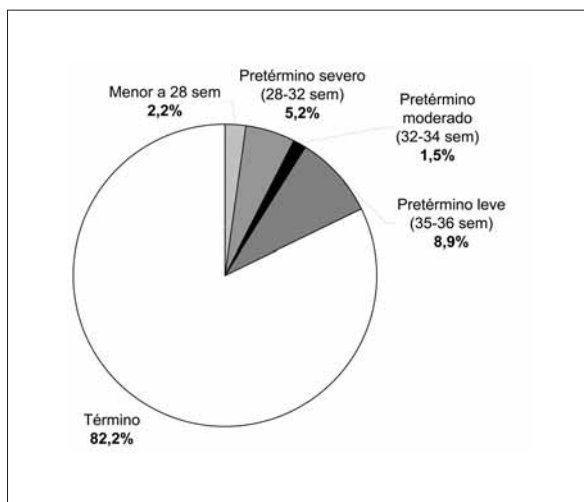


Figura 6. Resultado obstétrico

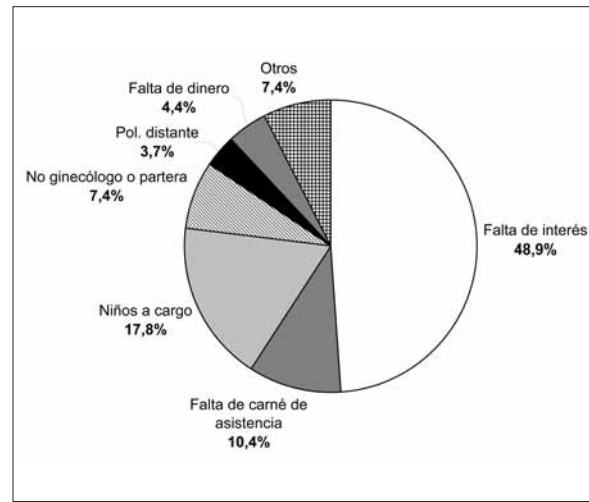


Figura 7. Causas de no control del embarazo

El 45,2% de las pacientes no tiene carné de asistencia en salud pública.

En cuanto a los antecedentes obstétricos, 18,5% son pacientes primigestas, 44,5% presentan de una a tres gestas previas, mientras que 37% son multigestas. El 75% de las pacientes multigestas tienen hijos de diferentes parejas.

De las pacientes que ya han tenido embarazos previos, 85,4% refiere haberse controlado.

De las pacientes que tuvieron gestas anteriores, 30,9% refiere haber tenido recién nacidos de pretérmino, 22,7% tuvieron hijos de bajo peso al nacer (menos de 2.500 g), y 12,7% macrosómicos (más de 4.000 g).

Del total de las entrevistadas, 67,4% nunca se realizó una colpocitología oncológica. El 6,7% presenta colpocitología oncológica vigente y 25,9% se realizó alguna vez este estudio (figura 5).

El 14% presenta patología crónica sin control ni tratamiento, destacándose una alta prevalencia de pacien-

tes asmáticas. Dos de las 135 pacientes son HIV positivas, no habiendo sido tratadas con antirretrovirales durante o fuera del embarazo.

Con respecto al embarazo actual, 82,2% son embarazos no planificados. De estos, 58% no guardaban ninguna medida anticonceptiva.

Este embarazo es producto de la falla en el método anticonceptivo o en su utilización en 34,7% de las pacientes, siendo el método más utilizado los anticonceptivos orales, seguido por el preservativo.

Como antecedentes personales, más de la mitad (51,1%) son fumadoras y no abandonaron dicho hábito durante el embarazo. El 2,9% consumió alcohol durante la gravidez y 12,6% consumió drogas, siendo la pasta base la sustancia más consumida.

Del resultado obstétrico se destaca que 82,2% de los recién nacidos fueron de término. El 8,9% correspondió a pretérminos leves y 5,2% a pretérminos severos (figura 6). Del total de nacimientos registrados en dicho pe-

Tabla 2. Causas de no control en pacientes adolescentes

<i>Causas de no control del embarazo</i>	<i>Fr. relativa</i>	<i>Fr. absoluta</i>
Falta de interés	11	45,8%
Otras (desconocía embarazo, violencia doméstica, mal vínculo con personal de policlínica, problemas familiares, etc.)	6	25%
Falta de carné de asistencia	4	16,7%
Niños a cargo	2	8,33%
No ginecólogo o partera en centro de salud	1	4,17%
Policlínica distante	0	0%
Falta de dinero	0	0%

Tabla 3. Causas de no control en pacientes entre 20 y 34 años

<i>Causas de no control del embarazo</i>	<i>Fr. relativa</i>	<i>Fr. absoluta</i>
Falta de interés	42	42,85%
Niños a cargo	22	22,45%
Otras (desconocía embarazo, violencia doméstica, mal vínculo con personal de policlínica, problemas familiares, etc.)	14	14,3%
Falta de carné de asistencia	10	10,2%
No ginecólogo o partera en centro de salud	9	9,2%
Policlínica distante	1	1%
Falta de dinero	0	0%

Tabla 4. Causas de no control en pacientes mayores de 35 años

<i>Causas de no control del embarazo</i>	<i>Fr. relativa</i>	<i>Fr. absoluta</i>
Falta de interés	11	84,6%
Niños a cargo	1	7,7%
Falta de dinero	1	7,7%
Falta de carné de asistencia	0	0%
No ginecólogo o partera en centro de salud	0	0%
Policlínica distante	0	0%
Otras (desconocía embarazo, violencia doméstica, mal vínculo con personal de policlínica, problemas familiares, etc.)	0	0%

Tabla 5. Causa de no control en función de la paridad de las pacientes. Los porcentajes fueron calculados sobre el total de pacientes de cada grupo

<i>Causas de no control del embarazo</i>	<i>Primigesta (26 pacientes)</i>	<i>Una a tres gestaciones previas (59 pacientes)</i>	<i>Cuatro o más gestaciones previas (50 pacientes)</i>
Falta de interés	15 (57,7%)	22 (37,3%)	27(54%)
Falta de carné de asistencia	4 (15,4%)	9 (15,2%)	1(2%)
Niños a cargo	0 (0%)	12 (20,3%)	13 (26%)
No partera o ginecólogo en centro de salud	1 (3,8%)	6 (10,2%)	3 (6%)

riodo, 6,1% correspondió a pretérminos leves, 2,4% a pretérminos moderados y 1,9% a pretérminos severos.

Cinco de estos embarazos (3,7%) fueron embarazos gemelares. En el total de nacimientos en dicho período, 1,3% fueron gemelares.

Se destaca la presencia de un óbito (0,7%), el cual fue pretérmino severo, siendo el total de óbitos en dicho período de 11 (0,7%).

Con respecto al conocimiento de la existencia del control del embarazo, 100% de las pacientes entrevistadas refiere conocer el mismo, destacando que 95,5% de ellas considera que este control es importante.

De las pacientes entrevistadas, 51,1% tuvo intención

de controlar su embarazo y 48,9% no tuvo intenciones de concurrir al control.

Con respecto al análisis de las causas por las cuales estas pacientes no controlan sus embarazos, 48,9% refiere falta de interés frente al control, seguida de 17,8% que refiere no poder concurrir por tener hijos a su cargo; 10,4% por falta de carné de asistencia; 7,4% por falta de ginecólogo o partera en policlínica de referencia; 4,5% por falta de dinero, y 3,6% por policlínica distante (figura 7).

Analizando las causas de no control de embarazo por grupo etario, en los tres grupos la causa más frecuente sigue siendo la falta de interés, seguida por otras causas en pacientes adolescentes y niños a cargo en la franja entre 20 y 34 años (tablas 2, 3 y 4).

En función de la paridad de las pacientes, la causa

más frecuente de no control del embarazo sigue siendo la falta de interés, seguida en pacientes con gestas previas los niños a cargo, siendo aun más frecuente esta causa en pacientes multíparas (tabla 5).

Discusión

Analizados los resultados, podemos obtener las siguientes conclusiones sobre la población estudiada.

La mayor parte de las pacientes entrevistadas tienen entre 20 y 34 años, y cerca de 20% son pacientes adolescentes, lo cual nos aleja de la creencia habitual de que las pacientes adolescentes son las que mayoritariamente no controlan sus embarazos. Cabe destacar que del total de los nacimientos ocurridos en el período analizado, 23% (366 pacientes) fueron adolescentes.

Dos tercios de las encuestadas se encuentran en pareja, siendo en su mayoría unión libre, y un tercio son pacientes solteras sin pareja actualmente. La mayor parte de las pacientes a pesar de tener apoyo de sus parejas durante el embarazo, no se controlan.

Cabe destacar que estas pacientes no solo no concurren a los controles obstétricos, sino que tampoco tienen control fuera del embarazo, ya que dos tercios de ellas nunca se realizaron una colpocitología oncológica o consulta con ginecólogo. El 14% presenta patología crónica sin control ni tratamiento y en cuanto a los hábitos tóxicos, la mitad de las entrevistadas son fumadoras y no abandonan dicho hábito a pesar de estar embarazadas, y cerca de 15% consumen, además, drogas y alcohol. Esto muestra la falta de cuidado no solo hacia su embarazo sino hacia su salud en forma global.

La mayoría de las pacientes no trabaja ni busca empleo, encargándose de las tareas del hogar. Del bajo porcentaje de pacientes que trabajan, aproximadamente la mitad lo hace como empleada doméstica. El trabajo tanto dentro como fuera del hogar no es referido por las pacientes como causa de no control.

Cuando evaluamos el nivel educacional, la gran mayoría presenta primaria completa, siendo un porcentaje muy bajo el que culminó los estudios secundarios. Es de destacar que casi 20% no finalizó la educación primaria y 2% son analfabetas. Estos datos podrían reflejar la importancia de la educación como factor favorecedor del control prenatal, si bien hace falta un análisis más detallado de este dato.

Dentro de las variables que previo al estudio se analizaron como posibles causas de no control del embarazo, se encontraba el acceso al centro de salud de referencia. Los resultados muestran que la gran mayoría de las pacientes tiene una policlínica a menos de diez cuadras de su domicilio y que prácticamente el total de ellas tiene locomoción hacia este centro de salud. Esto nos aleja de la hipótesis antes mencionada.

Más de la mitad de las pacientes no tiene carné de asistencia y 10% refiere ser esta la causa por la cual no se controló el embarazo. Se destaca que dicho carné se otorga en forma gratuita y además no es requisito para el control del embarazo desde marzo de 1990, como se mencionó anteriormente.

Casi 80% de las pacientes presentan embarazos anteriores y de estas aproximadamente un tercio tuvieron nacimientos de pretérmino, a pesar de lo cual no controlaron su embarazo actual. Esto demuestra que un mal resultado obstétrico no estimuló el control de embarazos posteriores en estas pacientes, pero tampoco ha sido referido como la causa de no control.

De las pacientes entrevistadas, 80% refiere no haber planificado el embarazo, a pesar de lo cual casi 60% no utilizaba ningún método anticonceptivo. El no control de estos embarazos podría reflejar la resignación frente a una situación no buscada.

Con respecto al resultado obstétrico en esta gestación, la gran mayoría son recién nacidos de término, destacando la presencia únicamente de un caso de óbito fetal.

Finalmente concluimos que en la población estudiada la causa más frecuente de no control es la falta de interés por parte de la paciente, independientemente de la franja etaria y paridad, seguida por el hecho de tener niños a cargo, la falta de carné de asistencia, ya analizado, y la carencia de ginecólogo o partera en las policlínicas de referencia.

Perspectivas

Este trabajo nos lleva entonces a plantearnos la formulación de estrategias en salud con el fin de captar a este grupo de pacientes y transmitir la importancia y los beneficios del control prenatal así como del control ginecológico anual.

Este estudio nos muestra que otro tema importante a abordar son las medidas anticonceptivas dado el alto porcentaje de pacientes que no las utilizaban a pesar de no buscar un embarazo, lo que trae como resultado un embarazo no planificado y en muchos casos no deseado.

Summary

Introduction: The need to find out the reasons why women fail to control their pregnancies arose given the high number of patients consulting at the Pereira Rossell Hospital Center undergoing uncontrolled pregnancies.

Objective: To study the social and cultural characteristics of the patients who consult at the Pereira Rossell Hospital Center, when in labor or during the immediate puerperium, after having undergone uncontrolled preg-

nancies with the purpose of finding out the reasons why these women fail to attend their follow-up visits.

Method: Descriptive, observational study through the quantitative analysis of data. Data corresponding to all uncontrolled pregnancies seen or referred to the Pereira Rossell Hospital Center were collected from 1 May, 2009 through 10 July, 2009. The sample was made up of 135 patients, what accounted for 8.6% of the total number of births recorded in the above mentioned period of time - which was 1,576.

Results: The social and cultural characteristics of the population studied were analysed. With regards to the causes for patients' failure to attend their pregnancy follow-up visits, 48.9% state they are not interested in the follow-up visit, and it is the most frequent cause regardless of the age and parity of women, followed by 17.8% of women who declare they are unable to attend the visits since they have children to look after, 10.4% state they do not have a health care card; 7.4% refer they do not have a gynecologist or midwife, 4.5% refer lack of money and 3.6% say the policlinic is far from where they live.

Resumo

Introdução: considerando a frequência das consultas de pacientes com gravidez não controlada no Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), é necessário contar com informação as razões pelas quais essas mulheres decidem não receber atenção de saúde nesse período.

Objetivo: analisar as características sociais e culturais das pacientes que chegam ao CHPR em trabalho de parto ou no puerpério imediato, e que não controlaram sua gravidez para determinar as causas desse comportamento.

Material e método: estudo descritivo, observacional, com análise quantitativa dos dados. Foram coletados os dados do total de gestações não controladas no período 1º de maio a 10 de julho de 2009 no CHPR ou que foram referidas a esse centro hospitalar. A amostra foi de 135 pacientes, em um total de 1.576 nascimentos registrados no período estudado correspondendo a 8,6%.

Resultados: As características sociais e culturais da população estudada foram analisadas. Com relação às causas pelas quais não fizeram controle de sua gravidez, 48,9% informou falta de interesse pelo controle, sendo a

causa mais frequente independentemente da idade e paridade da paciente, seguida de 17,8% que informou não poder ir aos controles por ter que cuidar de seus filhos; 10,4% por não ter carnê de saúde; 7,4% por falta de ginecologista ou parteira no centro de saúde de referência; 4,5% por falta de dinheiro, e 3,6% pela distância ao centro de saúde.

Bibliografía

1. **Ahued-Ahued JR, Tena-Tamayo C, Campos Castolo EM, Manuel Lee GR, Sánchez González JM, et al.** Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica. *Ginecol Obstet Mex* 2003; 71(8): 409-20.
2. **Hernández-Andrade E, Guzmán-Huerta M, García-Cavazos R, Ahued-Ahued JR.** Diagnóstico prenatal en el primer trimestre, ¿a quién y cómo? *Ginecol Obstet Mex* 2002; 70(12): 607-12.
3. **United States Department of Health and Human Services.** Healthy People 2010. Maternal, infant, and child health: chapter 16, vol. II. 2nd ed. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, 2000. Disponible en: <http://www.healthypeople.gov/document/html/volume2/16mich.htm>. [Consulta: 17 de mayo de 2010].
4. **Sánchez Nuncio HR, Pérez Toga G, Pérez Rodríguez P, Vázquez Nava F.** Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. *Rev Méd IMSS* 2005; 43(5): 377-80.
5. **Uruguay. Ministerio de Salud Pública.** Dirección General de la Salud. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. Guías en Salud Sexual y Reproductiva: normas de atención a la mujer embarazada. Montevideo: MSP, 2007.
6. **Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R.** WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth* 2001; 28(3): 202-7.
7. **von Waldenfels H, Pflanz M, Ramón J.** Factores que influyen en la concurrencia al control prenatal en Montevideo, Uruguay. *Rev Méd Urug* 1992; 8(1): 61-9.
8. **Pérez MN, Episcopo C, Nozar F, Fiol V.** Embarazo no controlado en el Centro Hospitalario Pereira Rossell: informe preliminar. [Póster]. Congreso Latinoamericano de Salud Sexual y Reproductiva, 4. 10-18 abril 2008, Montevideo.
9. **Rosenstock IM.** The health belief model: explaining health behavior through expectancies. En: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, eds. *Health behavior and health education: theory, research and practice*. Oxford: Jossey-Bass, 1991:46-62.
10. **Uruguay. Ministerio de Salud Pública.** Centro Hospitalario Pereira Rossell. Hospital de la Mujer Dra. Paulina Luisi. Informe de Gestión Maternidad 2008. Montevideo: CHPR, 2009.