

# Salud Perinatal



Boletín del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP)  
de la Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud



Montevideo, Uruguay

Vol. 3 — N° 10 — 1990

## EL CONTROL PRENATAL

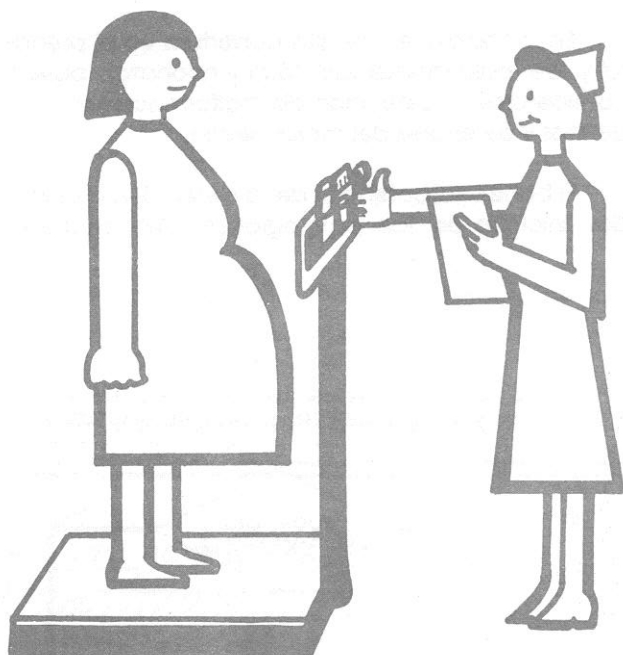
Se entiende por control prenatal la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la grávida con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza

La atención prenatal es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto y la familia y se apoya en la organización de los servicios de salud.

Se recomienda precocidad en la primera consulta para confirmar el diagnóstico de embarazo, evaluar el estado general de la gestante, descartar patologías del sistema reproductivo, y establecer en función de los antecedentes y de los hallazgos clínicos y de laboratorio una calificación primaria de riesgo.

El énfasis en la precocidad de la primera consulta es mayor a medida que los procedimientos de laboratorio y paraclínicos permiten certificar el diagnóstico de embarazo a edades más tempranas y que los conocimientos y tecnologías colaboran en despistar patologías poco aparentes - subclínicas - y que se amplía la capacidad para prevenir, corregir, compensar y tratar las complicaciones. Así es posible realizar acciones oportunas

tales como el tratamiento de patologías, la recuperación nutricional, indicar restricción de los esfuerzos físicos, de la exposición a tóxicos ambientales, reducción o supresión del hábito de fumar, del consumo de bebidas alcohólicas y de medicamentos y drogas no esenciales.



### CONTENIDO

- El Control Prenatal
- Hemorragia Intracránea del Recién Nacido
- Veinte años del CLAP
- Novedades del CLAP
- Programa Docente '91

### BREVE PERFIL

El CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología de la OPS/OMS) tiene su sede en el Hospital de Clínicas de la ciudad de Montevideo, Uruguay. Tiene como objetivo general contribuir a mejorar la salud materno-infantil cooperando con los países en la identificación y solución de los principales problemas perinatales (obstétricos y neonatales) y pediátricos de la Región. Las estrategias utilizadas para lograr estos fines se aplican a través de la Docencia, la Investigación, la Difusión y la Cooperación Técnica en los países de la Región. Además de las oficinas para funcionarios y becarios, el CLAP cuenta con una Unidad de Demostración en Salud Materno-Feto-Neonatal donde se desarrollan, se prueban y se simplifican nuevas tecnologías apropiadas para la atención de la madre y su niño. También cuenta con áreas de demostración brindadas por el país sede. El Centro también tiene una Unidad de Procesamiento de la Información, una Biblioteca especializada en Salud Perinatal y Unidades para la producción de material audiovisual y para la Impresión de artículos y libros.

Su personal está constituido por expertos en Perinatología, funcionarios de la OPS y personal multidisciplinario de contratación local (médicos, parteras, bioestadistas, ingeniero de sistemas, programadores y operadores de computación, bibliotecarios, secretarías, administrativos y técnicos en electrónica, fotografía, dibujo y equipos audiovisuales, además de otro personal de mantenimiento).

En el primer contacto se buscan factores de riesgo en los antecedentes personales médicos y obstétricos, y en el curso de la gestación actual. Existen condiciones como la retención de la placenta, la hemorragia posparto y el embarazo múltiple que tienden a recurrir con alta frecuencia.

Al profesional interviniente le corresponde determinar el estado de salud basado en el examen físico general, abdominal y pélvico, complementando la historia clínica general y los antecedentes reproductivos, tratando de definir cual es el tipo de cuidado requerido y el nivel apropiado para la asistencia. Se plantean y programan en consecuencia una serie de estudios de rutina y otros dirigidos. En etapas iniciales pruebas simples de detección permiten diagnosticar anemia, isoinmunización, lúes, diabetes, infección urinaria, así como otras enfermedades médicas o condiciones desfavorables. La detección de otras patologías específicas (malaria, parasitosis, SIDA, etc.) son aplicables en grupos expuestos de riesgo mayor.

En condiciones de alta cobertura en el prenatal y de baja mortalidad fetal y neonatal, puede considerarse la detección de malformaciones congénitas y de errores del metabolismo.

El beneficio potencial de la detección de estados iniciales de las patologías se minimiza por la

conurrencia tardía de la gestante o por la falta de medios apropiados.

Esta entrevista inicial es quizás la más importante, ya que la gestante toma contacto con frecuencia por única o primera vez en su vida con el equipo de salud, y se entera de detalles de su plan de asistencia.

La identificación de factores o condiciones de riesgo reconocidos desde la primer consulta pueden llevar a internaciones para completar diagnósticos o para efectuar tratamientos y también hacer abandonar el canal rutinario para pasar a la atención especializada. Las consultas especializadas y sus controles posteriores, se rigen habitualmente por las normas de Alto Riesgo y en general requieren de personal más diferenciado, con mayor disponibilidad de tiempo por paciente y con capacidad para recurrir a tecnología especial.

Ya superadas o resueltas algunas de las condiciones de riesgo, la gestante puede volver al control prenatal de bajo riesgo.

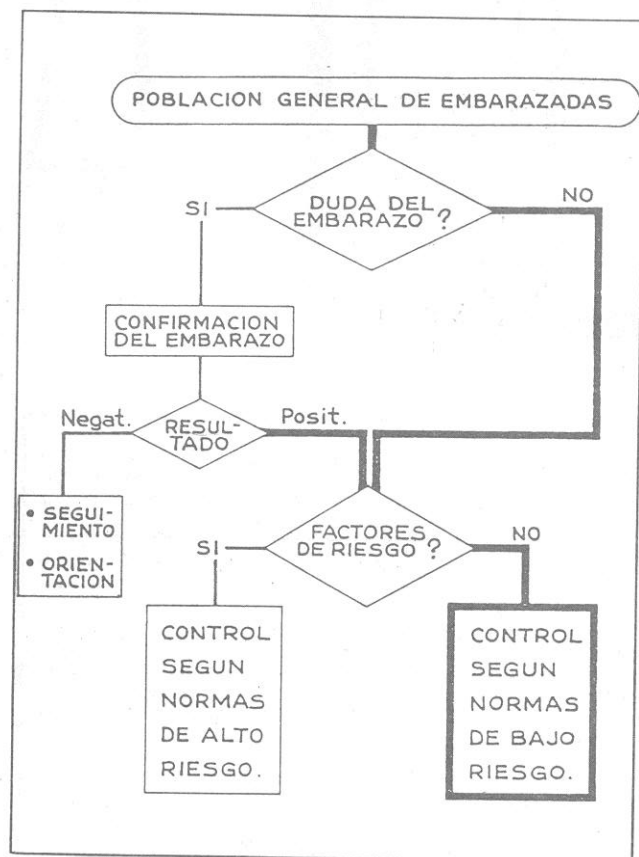
## Consultas siguientes

Los subsecuentes contactos están dirigidos a controlar los cambios fisiológicos que el proceso reproductivo imprime en la madre y a verificar que el crecimiento y desarrollo del nuevo ser se efectúe dentro de los carriles esperados para su etapa intrauterina. Se tratan de pesquisar complicaciones importantes como la preeclampsia (EPH gestosis), las alteraciones del crecimiento intrauterino y las presentaciones fetales anómalas que suelen ser poco o nada sintomáticas. Intervenciones oportunas pueden prevenir consecuencias desfavorables para el feto y la madre.

Las últimas consultas tienden a evaluar los riesgos del parto propiamente dicho, considerando la adecuación fetal con la pelvis materna, la evolución del embarazo y la historia de los eventos reproductivos anteriores.

En cada oportunidad, se evalúa Riesgo y se emplea tiempo para administrar contenidos educativos que promuevan mayor confianza y preparación sico-física materna y despierten el alerta sobre problemas agudos como dolor abdominal, hemorragia genital, ruptura prematura de las membranas ovulares, contractilidad uterina de parto, que requieren una vía rápida de acceso para su asistencia.

Se debe favorecer el uso del período prenatal y de los contactos de la gestante con el



equipo de salud para consolidar la relación con la familia, y capitalizar esta oportunidad única por su estímulo y receptividad para emplearla en educación para la salud. Muchos de los contenidos y mensajes administrados a la gestante durante el control del embarazo son válidos también para todo el núcleo familiar.

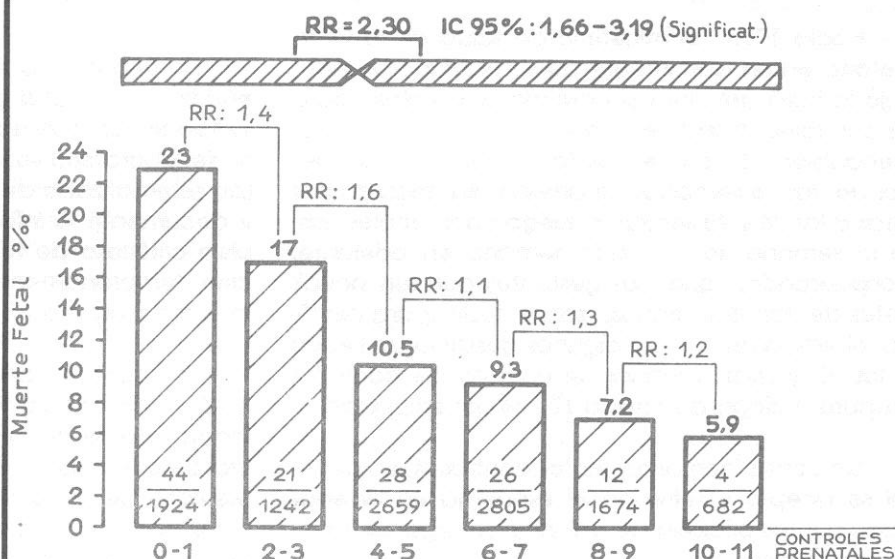
Cuando las entrevistas se realizan fuera de estos lineamientos generales, el nombre de

control prenatal debiera dejar de usarse. Contactos improductivos, no planeados, sin continuidad, realizados de prisa y sin comunicación, no satisfacen al equipo de salud, se desvalorizan a los ojos de las gestantes y crean resistencia en la comunidad.

Se debe buscar armonía y adecuación en el número y calidad profesional del equipo actuante a fin de facilitar la aproximación y el

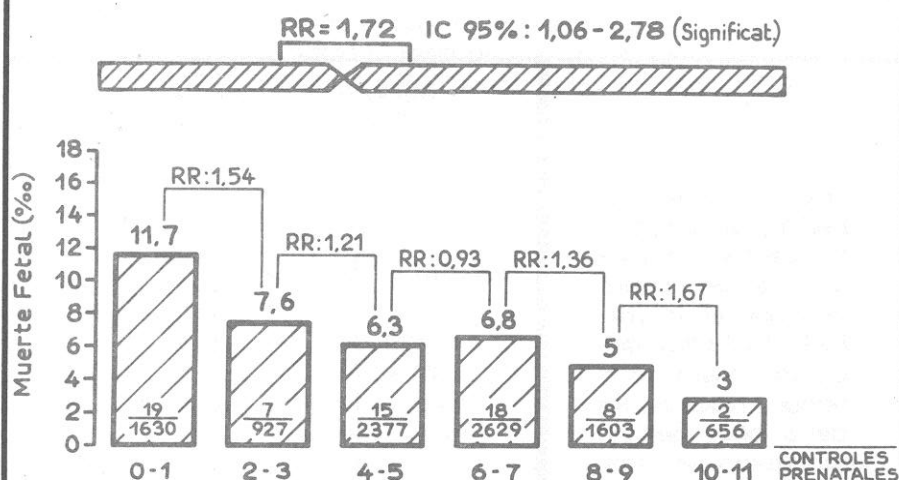
## Mortalidad Fetal según número de Controles Prenatales

Material proveniente de la Base de Datos SIP (Sistema Informático Perinatal), que muestra asociación entre menor control prenatal y mayor frecuencia de muertes fetales en gestantes con algún contacto antes de las 20 semanas, con o sin patología, y en que el nacimiento se produjo, entre las 29 y 41 semanas. El Riesgo Relativo de muerte fetal es 2.3 veces mayor (signific.) para los que tuvieron menos de 4 controles en relación a 4 ó más controles.



Se incluyen: 1) Partos entre 29-41 sem.  
2) Inicio control prenatal antes de las 20 sem.  
3) Embarazadas con y sin patología.

La asociación persiste significativa cuando se analizan solamente los nacidos a término (37-41 semanas). El riesgo relativo de muerte fetal es 1.72 veces mayor con 3 ó menos controles que con 4 ó más controles prenatales. Base de Datos del SIP



Se incluyen: 1) Partos entre 37-41 sem.  
2) Inicio control prenatal antes de las 20 sem.  
3) Embarazadas con y sin patología.

equipo de salud para consolidar la relación con la familia, y capitalizar esta oportunidad única por su estímulo y receptividad para emplearla en educación para la salud. Muchos de los contenidos y mensajes administrados a la gestante durante el control del embarazo son válidos también para todo el núcleo familiar.

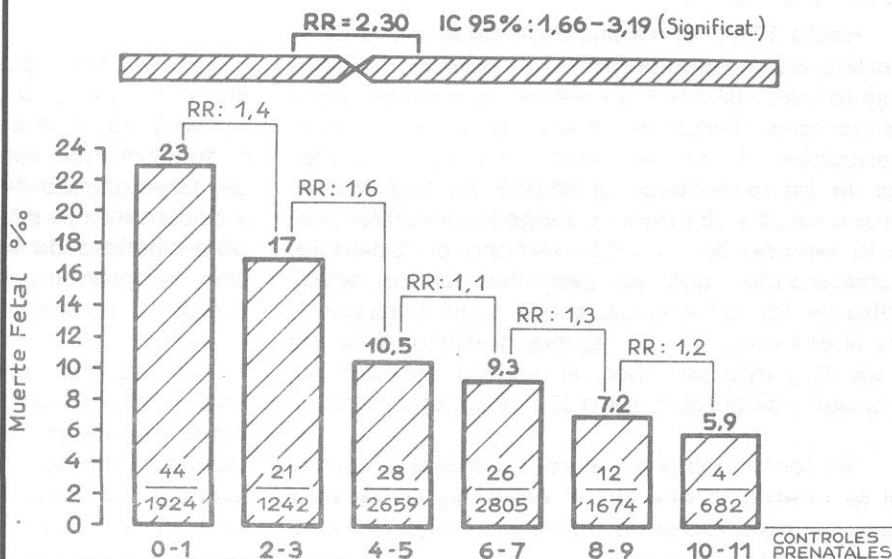
Cuando las entrevistas se realizan fuera de estos lineamientos generales, el nombre de

control prenatal debiera dejar de usarse. Contactos improductivos, no planeados, sin continuidad, realizados de prisa y sin comunicación, no satisfacen al equipo de salud, se desvalorizan a los ojos de las gestantes y crean resistencia en la comunidad.

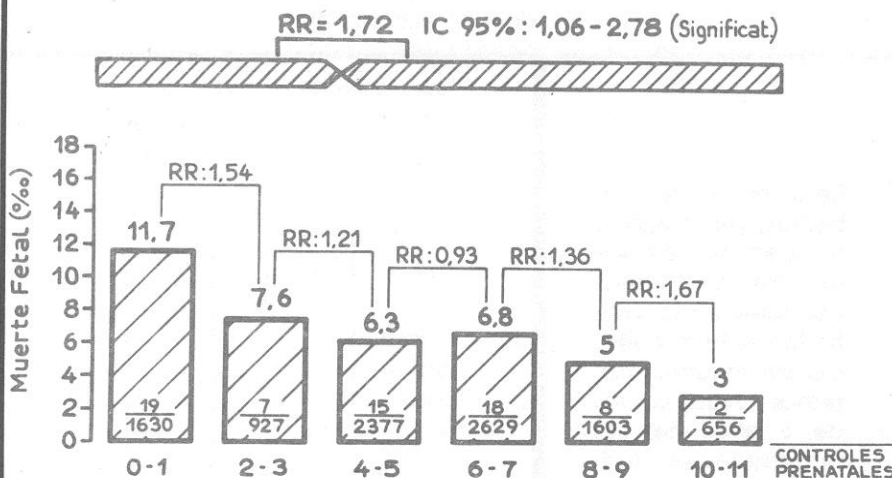
Se debe buscar armonía y adecuación en el número y calidad profesional del equipo actuante a fin de facilitar la aproximación y el

## Mortalidad Fetal según número de Controles Prenatales

Material proveniente de la Base de Datos SIP (Sistema Informático Perinatal), que muestra asociación entre menor control prenatal y mayor frecuencia de muertes fetales en gestantes con algún contacto antes de las 20 semanas, con o sin patología, y en que el nacimiento se produjo, entre las 29 y 41 semanas. El Riesgo Relativo de muerte fetal es 2,3 veces mayor (signific.) para los que tuvieron menos de 4 controles en relación a 4 ó más controles.



La asociación persiste significativa cuando se analizan solamente los nacidos a término (37-41 semanas). El riesgo relativo de muerte fetal es 1,72 veces mayor con 3 ó menos controles que con 4 ó más controles prenatales. Base de Datos del SIP





diálogo para que la gestante pueda expresar sus inquietudes genuinas y ser orientada con atención y deferencia. Los esfuerzos para mejorar la adaptación psicológica y social de la embarazada y su familia son un auténtico reconocimiento de que la salud es más que la ausencia pura de enfermedad.

## Programación de los controles

El seguimiento de un proceso biológico natural, casi siempre fisiológico, pero no exento de riesgos y que implica unos nueve meses hasta el nacimiento requiere una verdadera programación de las consultas.

Hacia 1930, el ministerio de salud de la Gran Bretaña en un documento de su producción introdujo la idea del intervalo mínimo aceptable para los controles, fijando el número de consultas recomendables. La primera visita, usualmente alrededor de las 16 semanas de amenorrea, seguida por otras a las 24 y 28 semanas, luego bisemanales hasta la semana 36, y cada semana en adelante. Considerando, que las gestantes pueden acudir antes de las 16 semanas, sobre todo para certificar el embarazo y que algunas gestaciones llegan a las 42 y más semanas, el número de controles propuesto alcanzaba hasta 12 - 14 por embarazo.

Sin contar con argumentos contrarios, en general se aceptó y refrendó el esquema en diversos documentos oficiales de países y de organismos internacionales.

Es importante destacar que esa aproximación fue el resultado de la opinión de expertos hace 60 años y que no fue validada por investigaciones ulteriores.

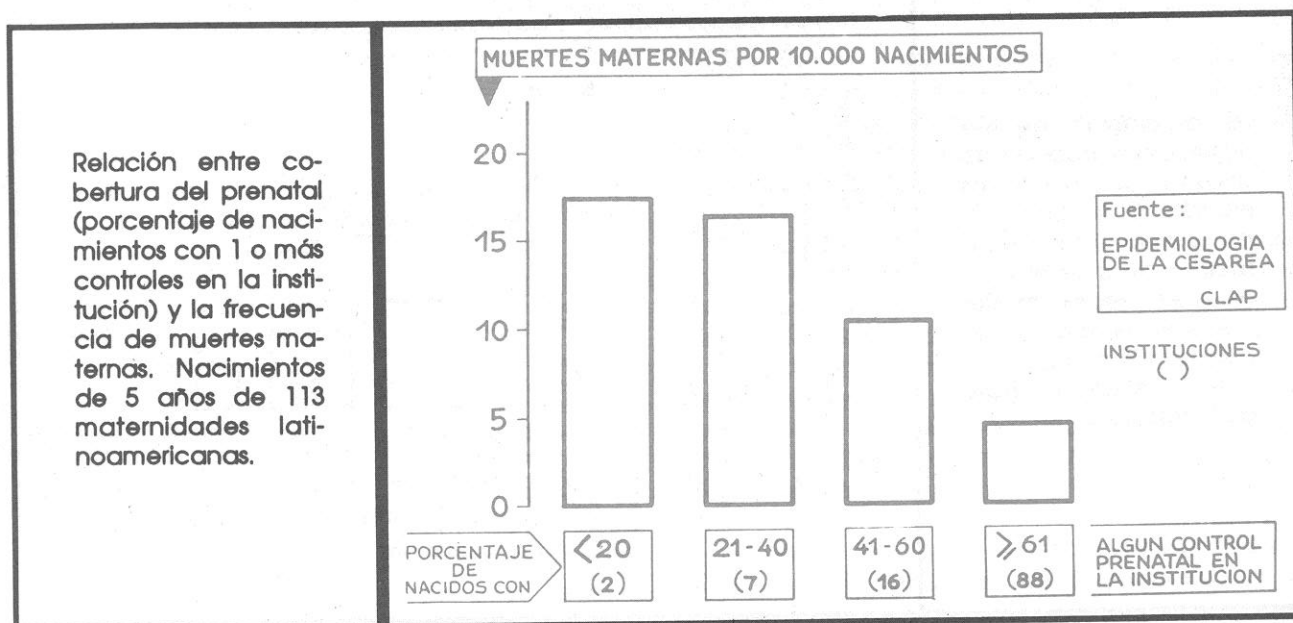
En la práctica, ese número de controles parece exagerado para las gestaciones de bajo riesgo y es sólo una meta quimérica para países en vías de desarrollo en que alta proporción de sus nacimientos ocurren fuera de las instituciones.

Gran parte de las tecnologías y contenidos del control prenatal se han ido incorporando en forma paulatina sin pasar por el proceso de evaluación. Por ello, no es extraño que existan diferencias entre uno y otro lugar, así como de que se ponga en duda el valor de algunos componentes y aún del propio control prenatal.

## Costo-Beneficio del Control Prenatal

En general, para realizar un control prenatal efectivo, de por sí ambulatorio, no se precisa de instalaciones costosas, de aparatos complicados, ni de laboratorio sofisticado; pero sí se requiere del uso sistematizado de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente, y del empleo criterioso de tecnologías sensibles que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor del esperado.

El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, diferenciado acorde al riesgo, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva. Dotado con estas características y orientaciones es un fenómeno reciente y de gran desarrollo en los últimos treinta años. Aplicado en forma rutinaria y extensiva, conjuntamente con otras medidas de salud pública como la atención institucional del nacimiento, el empleo de criterios de riesgo para determinar referencia y niveles de complejidad, y



la atención inmediata de los recién nacidos, contribuye a evitar muertes y lesiones maternas y perinatales. Dada la diversidad de componentes y acciones que resume el control prenatal y por ser él mismo un componente de otras acciones generales en salud, es muy difícil individualizar su posible responsabilidad en los efectos.

Además de la reducción de algunos puntos de las tasas de mortalidad perinatal y materna que puedan lograrse con la inclusión del control prenatal extensivo en los programas materno infantiles, hay posibles efectos adicionales de impacto aún más difícil de medir pero no menos importante. Alejar las dudas de las gestantes, despejar los miedos y tabúes, lograr mayor acercamiento y confianza hacia el sistema de salud, una actitud más positiva hacia la maternidad, hacia el espaciamiento de los hijos, el mejoramiento de los hábitos de vida familiares, mejor disposición para el control del crecimiento y del desarrollo ulterior del niño, fomentar la actitud hacia la lactancia natural, dar a conocer el plan de vacunación, etc. son ejemplos de beneficios colaterales.

Hay que reconocer que el control prenatal implica gastos para el sistema de salud y tiempo fuera del trabajo para la gestante y sus parientes próximos. En un estudio de costo-beneficio realizado en 1985 en Estados Unidos de Norteamérica se estimó que cada dólar invertido en el prenatal de gestantes en riesgo social, reditúa una reducción de 3.4 dólares de gastos en asistencia médica directa en el primer año de vida. Esta disminución de costo se vincula a la reducción de la tasa de Bajo Peso al Nacer.

## Restricciones

Los siguientes factores se asocian a captación tardía e insuficiente control prenatal: la adolescencia, la baja escolaridad, la condición de soltera o abandonada, la gran multiparidad, la residencia alejada, el ingreso familiar insuficiente, el pertenecer a grupos minoritarios segregados.

Son barreras para el control prenatal efectivo: a) su costo, cuando no es gratuito para el usuario; a esto hay que agregar gastos de transporte, pérdida de horas laborales, etc., b) la inadecuada capacidad del sistema de salud, c) problemas en la organización, en la práctica y hasta en la atmósfera con que se brinda el control, d) barreras de orden cultural, e) el descreimiento en las bondades del sistema de salud y en la necesidad del control.

Es poco probable que cortas visitas despersonalizadas que incluyen un muy somero examen efectuado por un profesional desconocido y

hosco, a una gestante marginada y con problemas sociales, que ha sufrido una larga e incómoda espera, mejoren el resultado perinatal, satisfagan expectativas y promuevan acercamientos.

Algunas de las barreras e impedimentos trascienden el accionar del equipo de salud, pero es de su responsabilidad ofrecer un buen producto que satisfaga a los usuarios y a sus integrantes.

Las embarazadas corresponden, anualmente a 2 - 5% de la población y constituyen un grupo fácilmente reconocible y de gran vulnerabilidad. Aportarles el beneficio de una asistencia sencilla, programada que actúa sobre el núcleo familiar y que protege al niño desde su origen, es una obligación de los sistemas de salud.

## Por qué normatizar la atención del Bajo Riesgo

Unas pocas causas originadas en la etapa perinatal son responsables de la mayoría de las enfermedades y muertes que ocurren en ese período. Cabe mencionar por ejemplo la rotura prematura de las membranas ovulares, la prematuridad, la distocia del parto y la latrogenia negativa incluyendo el abuso del nacimiento por cesárea.

Una forma lógica y efectiva de abordar los problemas de salud perinatal, es la aplicación del enfoque de riesgo. La utilización de este enfoque, obedece a la necesidad de asignar recursos en forma diferenciada, de modo que quienes más lo necesiten reciban mayor atención en forma proporcional a su riesgo. Como en otros campos de la salud, la atención perinatal determina que la embarazada, el parto y el recién nacido, sean atendidos en el nivel de complejidad que su riesgo requiera, asegurando un nivel mínimo de atención para los de menor riesgo, accesible a toda la población susceptible. Para que se cumpla este objetivo es preciso que las actividades asociadas al cuidado prenatal, a la atención del parto y del recién nacido estén adecuadamente normatizadas.

La mayor proporción de los embarazos y partos son de bajo riesgo, pero su calificación de tal, es el producto de una cuidadosa evaluación durante la gestación y durante el trabajo de parto. Para que esta evaluación alcance a todas las embarazadas, es preciso ampliar la cobertura del cuidado prenatal y de la atención institucional del parto. La normatización de estas actividades, aumenta la eficiencia en el uso de los recursos y permite extender la cobertura, concentrando los recursos en quienes más lo puedan precisar.

La formulación de estrategias apropiadas para enfrentar el alto riesgo, requiere de la normatización de las actividades de bajo riesgo. Una consecuencia necesaria del enfoque de riesgo, es lograr resolver los problemas en el nivel de menor complejidad posible, evitando la referencia exagerada de madres a los niveles más complejos. Para ello, las normas de bajo riesgo, deben contener acciones

destinadas a resolver problemas con tecnologías sencillas. Cuando es pertinente, se debe proponer la referencia de la madre al nivel de atención según normas de alto riesgo. Esto puede implicar el traslado a otra institución o la aplicación de las normas de la misma institución para casos de riesgo mayor.

### CARACTERISTICAS DEL CONTROL PRENATAL SEGUN GRADOS DE RIESGO

POBLACION A ASISTIR	NIVEL DE ATENCION	PERSONAL	CONTROL DURANTE EL EMBARAZO
De bajo riesgo	Centro de salud Actividad domiciliaria	Enfermera obstétrica, partera con supervisión por médico general o por médico obstetra	Métodos clínicos y de laboratorio sencillos
De alto riesgo	Hospital de Mediana complejidad	Médico obstetra y otros especialistas	Métodos clínicos y de laboratorio. Alguna complejidad tecnológica
De alto riesgo (no abordable por nivel anterior)	Hospital de alta complejidad (cuidados intensivos)	Obstetra/neonatólogo y otro personal muy especializado	Método clínicos electrónicos, bioquímicos y otros de mayor complejidad

La Regionalización, necesaria para la adecuada aplicación del enfoque de riesgo, debe considerar un sistema apropiado de referencia y de contra referencia. Las situaciones que pueden presentarse en condiciones de escasa accesibilidad geográfica o financiera, o de problemas familiares requieren ser consideradas en la adecuación local de las normas con participación comunitaria. Pueden incorporarse métodos apropiados de comunicación (teléfono, radio, etc.) para facilitar la consulta en momentos de duda.

En esta publicación se jerarquizan actividades y conductas como parte de un documento de base para la formulación de normas locales de atención del embarazo.

En el esquema que sigue se listan una serie de actividades del control prenatal que responden a objetivos específicos considerados de importancia. Este listado es enumerativo y no responde a ningún orden taxonómico ni cronológico.

### EL CONTROL PRENATAL Y SUS PROPOSITOS

Es la serie de entrevistas o consultas programadas de la gestante con el equipo de salud, a fin de vigilar la evolución del embarazo y obtener una preparación adecuada para el parto y la crianza.

#### Son propósitos del Control Prenatal:

- \* la detección de enfermedades maternas sub-clínicas.
- \* la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo.
- \* la disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- \* la preparación psicofísica para el nacimiento.
- \* la administración de contenidos educativos para la salud, para la familia y para la crianza.

Para el cumplimiento de estos propósitos, se delimitan una serie de objetivos específicos, que se satisfacen con actividades que emplean tecnologías apropiadas.

Vigilancia Prenatal, Asistencia Prenatal, Atención Prenatal, Cuidado Prenatal, Acompañamiento Prenatal, Consulta Prenatal, etc. son sinónimos de Control Prenatal cuando siguen los mismos lineamientos.

# CONTROL PRENATAL

OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES PROPUESTAS
Obtener bases para planificar el control prenatal de la población	Empleo de un Sistema Informático Perinatal
Definir la población afecta a las normas	Evaluación del riesgo perinatal. Aplicación de instrumentos identificadores de riesgo
Conocer información relevante del embarazo	Interrogatorio (Anamnesis) Registro de antecedentes
Evaluar el estado nutricional y el incremento de peso durante la gestación	Medición del peso y de la talla materna
Fijar un cronograma de las actividades del control	Determinación de la edad gestacional (amenorrea) y de la fecha probable del parto
Prevenir el tétanos neonatal y puerperal	Vacunación antitetánica
Pesquisar la posible incompatibilidad sanguínea materno-feto-neonatal	Determinación de grupo sanguíneo y del factor Rh
Evaluar el estado clínico general, la adaptación al embarazo y la posible presencia de patologías	Examen físico general
Detectar alteraciones del pezón y posible patología tumoral	Examen de las mamas
Detectar procesos sépticos dentales para su ulterior tratamiento	Examen odontológico
Detectar posibles distocias pélvicas para definir el nivel de atención para el parto	Evaluación de la pelvis
Confirmar el embarazo	Diagnóstico de embarazo
Buscar signos de certeza o de probabilidad de embarazo. Detectar precozmente patología gineco-obstétrica.	Examen ginecológico Papanicolaou-Colposcopia
Detectar precozmente la sífilis materna. Prevenir la lues congénita.	Detección y tratamiento de sífilis materna
Detectar precozmente y prevenir la anemia materna	Determinación de la Hemoglobina, administración de Hierro y de Acido Fólico
Descartar proteinuria, glucosuria y cuerpos cetónicos en la orina	Examen de orina
Identificar las infecciones del tracto urinario	Urocultivo
Pesquisar: - La hipertensión previa al embarazo - El síndrome de hipertensión inducida por el embarazo (EPH gestosis) - La hipotensión arterial	Determinación de la presión arterial
Detectar las alteraciones del crecimiento fetal	Evaluación del crecimiento fetal
Detectar precozmente el embarazo múltiple para prevenir complicaciones	Diagnóstico del número de fetos.
Identificar diabetes mellitus clínica y gestacional	Determinaciones de glucemia y pruebas de tolerancia a la glucosa
Pesquisar las presentaciones fetales anormales	Diagnóstico de presentación fetal
Confirmar la existencia de vida fetal	Diagnóstico de vida fetal

Las actividades del control prenatal deben estar dispuestas en un cronograma, elaborado para todo el embarazo.  
En cada consulta deben confluír la mayor cantidad de actividades con la finalidad de reducir el número de controles al mínimo útil.



# EPIDEMIOLOGIA DE LA HEMORRAGIA INTRACRANEANA EN RECIEN NACIDOS DE MENOS DE 2000 GRAMOS DE PESO

R. Fescina  
J. L. Díaz Rosello  
R. Ruggia

O. Failache  
J. L. Peña  
R. Schwarcz

Centro Latinoamericano de  
Perinatología OPS/OMS; M.S.P.,  
Montevideo - Uruguay  
C.Correo 627

## OBJETIVOS

- 1) Conocer la prevalencia de la hemorragia intracraneana (HIC) per e intraventricular en neonatos que pesan menos de 2000 g al nacer (Pretérminos y Pequeños para la Edad Gestacional).
- 2) Describir factores prenatales, intraparto y neonatales que se asocian con la HIC.

## METODOS

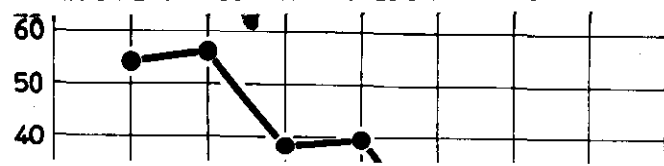
Se realizó un estudio prospectivo de 188 recién nacidos consecutivos con peso menor de 2000 g. La edad gestacional osciló entre 28 y 37 semanas y el rango de peso varió de 630 a 2000 g.

Todos los ecoencefalogramas transfontanelares se realizaron con un equipo de tiempo real con cabezales de 3.5 y 5.0 MHz. La primera exploración fue hecha dentro de las primeras 24 horas del nacimiento, la segunda a los 3 días de vida y luego cada 7 días, hasta el alta o la muerte del recién nacido.

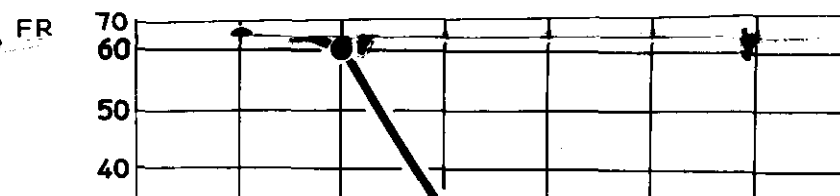
## RESULTADOS

La incidencia de hemorragia de cualquier grado en toda la muestra fue de 30.9% (58/188). La incidencia de HIC para los recién nacidos de Pretérmino fue del 34.1%, (58/170). Al considerar intervalos de peso al nacer, se observó que el 50% de los neonatos de menos de 1000 g presentaron HIC; el 40% entre los 1000 y 1499 g y el 22.6% entre los nacidos entre los 1500 y 2000 gramos. Ningunos de los 18 Pequeños para la Edad Gestacional de término presentaron HIC.

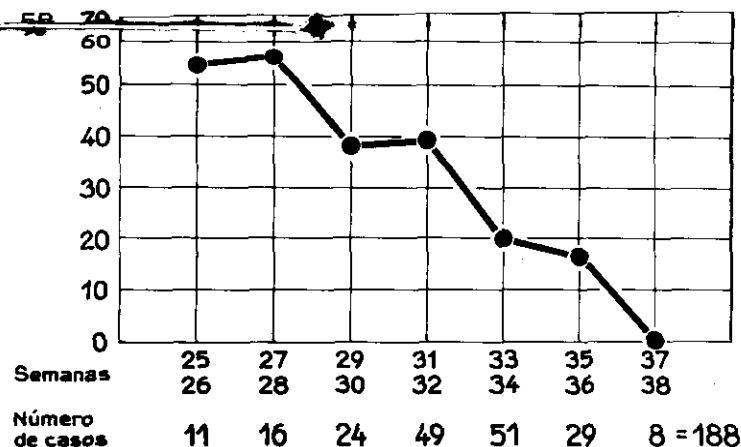
FRECUENCIA DE LA HEMORRAGIA INTRACEREBRAL EN DIFERENTES EDADES GESTACIONALES



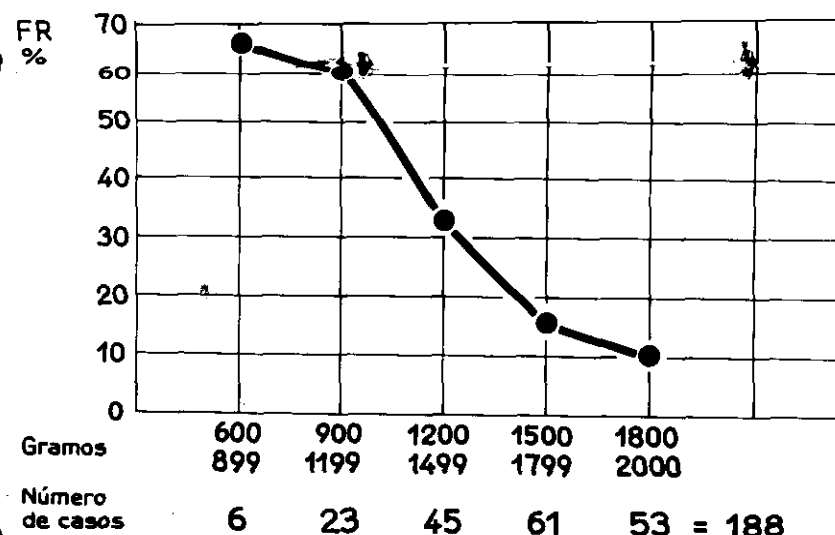
FRECUENCIA DE LA HEMORRAGIA INTRACEREBRAL EN DIFERENTES INTERVALOS DE PESO AL NACER



### FRECUENCIA DE LA HEMORRAGIA INTRACEREBRAL EN DIFERENTES EDADES GESTACIONALES



### FRECUENCIA DE LA HEMORRAGIA INTRACEREBRAL EN DIFERENTES INTERVALOS DE PESO AL NACER



### ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON HIC EN R.N. DE PRETERMINO DE < 2.000 g AL NACER

FACTOR DE RIESGO	Riesgo Relativo	Intervalo de Confianza (95%) del R.R.	
Amenorrea < 32 sem.	1.8	1.2 - 3.0	*
Peso al nacer < 1500 g	1.6	1.1 - 2.7	*
Parto vaginal - Cefálica	0.8	0.23 - 2.8	
Parto vaginal - Podálica	5.1	1.1 - 23.1	*
Sexo masculino	1.3	0.8 - 2.8	
Asfixia Neonatal (Apgar 0-3)	2.3	0.6 - 8.9	
Enf. de Membrana Hialina	2.2	1.4 - 3.6	*
Neumonía	1.4	0.6 - 4.7	
Sepsis	1.4	0.8 - 3.8	

### CONCLUSIONES

Para prevenir la HIC se deben extremar esfuerzos para:

- 1) Prevenir el nacimiento de niños prematuros especialmente los de menos de 1500 g ó de menos de 32 semanas.
- 2) Prevenir la enfermedad de la membrana hialina en casos de parto prematuro inevitable.
- 3) Indicar la cesárea solamente en las presentaciones pélvicas con peso menor de 2000 g.

\*Diferencias estadísticamente significativas

# El Poster en la Comunicación Científica.

El **Poster** es una novedosa forma de comunicación de amplia y creciente difusión. En los congresos facilita el contacto con los investigadores, no consume el tiempo destinado a las presentaciones, y si es fotografiado o reproducido permite conservar la información en poco volumen. A la vez que incentiva la imaginación y el arte para su preparación, adelanta la difusión de resultados preliminares y aún de proyectos en ejecución.

La presentación de **Poster** ya es una práctica corriente de los principales eventos científicos y es extremadamente útil para mostrar nuevas investigaciones. El **Poster** en su conjunto debe ser llamativo - la atracción visual es importante -, y su contenido debe despertar interés mas que reflejar detalles completos del tema.

Para la confección del **Poster** es necesario contar con el reglamento de presentación y con los detalles de las medidas requeridas por los organizadores además del procedimiento para su adecuada fijación. Para obtener óptimos resultados deben estar siempre a un nivel visual de comodidad.

Los siguientes lineamientos generales pueden ser de utilidad para evitar improvisaciones o frustraciones.

**Título y encabezamientos:** El **Poster** debe exhibir el número adjudicado en el programa; el título suscinto, dirigido a la materia esencial y ocupando poco espacio. Títulos largos o con letras sobredimensionadas dejan poco lugar para el resto y a veces no entran en el espacio destinado. Los nombres de los autores corresponde que vayan en letras un poco más pequeñas, y para las reuniones internacionales es importante que figure la dirección postal de la institución.

Se estiliza colocar de izquierda a derecha y de arriba a abajo las secciones de **Introducción** u **Objetivos**, **Material y Métodos**, **Gráficas y Tablas** ilustrando los **Resultados** y las **Conclusiones** o **Comentarios**. Pueden incluirse algunas pocas **Referencias bibliográficas** si se consideran importantes.

**Tipos de Letra y Escritura.** Deben ser lo suficientemente grandes para permitir la lectura en posición de pie, bien parado y sin interferir la visual de otros desde una distancia aproximada a 120 cm. Las letras plenas y en negro son las que se adecúan mejor. Como orientación puede servir considerar un tamaño de 30 milímetros para el título, 20 milímetros para los nombres de los autores y 5 milímetros para el texto. La escritura puede obtenerse con máquinas de escribir eléctricas de impacto, con impresoras de alta calidad, con letras transferibles, etc.

**Datos y Resultados:** Pueden mostrarse en variada forma: gráficas, histogramas, diagramas, dibujos, fotografías, radiografías, esquemas y aun como historietas.

Es esencial la selección cuidadosa del material a fin de dejar suficiente espacio libre entre las secciones; el empleo de colores puede ser oportuno, sobre todo si se usan con criterio lógico y si constituyen una ayuda para el observador. En conjunto la palabra mágica a recordar es **simplicidad**. Demasiadas ideas y datos complican la presentación, la hacen pesada y poco atractiva y el objetivo no se alcanza. La saturación induce al rechazo.

Suele ser útil para los viajes, llevar el material separado en sus secciones, pegados sobre cartulina y convenientemente numerados según un esquema previo. Esto convierte al **Poster** en fácilmente transportable, y facilita su adecuación a medidas o paneles que no siempre tienen el tamaño o la orientación que figura en las instrucciones previas. Si el material se lleva ya fijado o armado sobre cartulina o cartón, es mas difícil de transportar sin doblarlo, y a último momento no puede adaptarse a cambios de medidas, superficies en ángulo, etc.

**Métodos de Fijación:** pueden usarse los procedimientos mas variados siempre conviene haberlos probado primero alfileres, chinchetas, "velcro", cintas engomadas, etc.

Es recomendable llevar en el maletín una tijera, "scotch tape" y una provisión de otros elementos de fijación.

Ya en la reunión, es necesario hacer arreglos de manera que uno o mas de los autores se encuentre en las inmediaciones para facilitar los contactos personales y contestar posibles preguntas. Se pueden entregar separatas y otras publicaciones relevantes, así como fotocopias o apuntes mimeografiados de resultados de última hora o de detalles de técnica.

A modo de ejemplo se presenta un **Poster** preparado por el Centro.

Para este trabajo, el diseño de la investigación fue elaborado en el CLAP y se realizó en colaboración con los Departamentos de Neonatología y de Neuropediatría de la Facultad de Medicina, en dependencias del Ministerio de Salud Pública en Montevideo, Uruguay. En la recolección de datos participaron becarios en adiestramiento en la sede del CLAP. La versión en inglés de este **Poster** fue presentada en el XIX Congreso Internacional de Pediatría, París (Francia), en julio de 1989, con el número J 16.

# CRONOLOGIA DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CONSULTAS PRENATALES

## CONSULTA

	1	2	3	4	5
	SEMANAS DE AMENORREA				
ACTIVIDADES PROPUESTAS	< 20 *	22-24	27-29	33-35	38-40
Anamnesis	●				
Examen clínico general	●				
Medición de peso	●	●	●	●	●
Medición de talla	●				
Det. presión arterial	●	●	●	●	●
Examen gineco/obstétrico	●				
Diagnóstico de embarazo	●				
Cálculo de la amenorrea	●	●	●	●	●
Diagn. número de fetos	●	●	●	●	●
Eval.cantidad liq.amniótico	●		●	●	●
Diagn. de vida fetal	●	●		●	●
Evaluación crecimiento fetal	●	●	●	●	●
Det. grupo sang. y Rh	●				
Detección de diab.gest.	●			●	
Examen de orina	●	●	●		
Detección de sífilis	●			●	
Determinación de Hb	●		●		
Evaluación de la pelvis				●	
Diagn. de presentación fetal			●	●	●
Evaluación de riesgo	●	●	●	●	●
Examen odontológico	●				
Vacunación antitetánica **		●	●		
Administración de Fe y					
Ac. Fólico	●		●	●	●
Contenidos educativos	●	●	●	●	●

\* Efectuar precozmente la primera consulta, al certificar el diagnóstico de embarazo, o en todo caso antes de las 20 semanas de amenorrea.

\*\* En áreas de alto riesgo de tétanos neonatal, en base a la carencia de efecto teratogénico del toxoide tetánico, se recomienda iniciar la primera dosis o aplicar la de refuerzo en la primera consulta que efectúa la embarazada. El intervalo entre la primera y la segunda dosis siempre debe ser mayor de 4 semanas.

Se propone un número mínimo de consultas que permita el cumplimiento de todas las actividades necesarias para lograr un control prenatal adecuado. Esto se ve facilitado al elegir como momento para su realización aquellos aconse-

jados por la epidemiología de los problemas maternos y perinatales.

Cuando ocurra la consulta tardía, se realizarán las actividades correspondientes a las consultas anteriores.

# APORTES DEL CLAP A LA NORMATIZACION DEL CONTROL PRENATAL DE BAJO RIESGO

## \* Documento Base para la Normalización del Control Prenatal de Bajo Riesgo

Puesta al día de los conocimientos, verdadero estado del arte, empleando la revisión crítica de la bibliografía y de los conocimientos generados en el centro.

## \* Historia Clínica Perinatal Básica. Carné Perinatal

Modelo de Historia Clínica Perinatal Básica, que recoge la información relevante del embarazo y permite el registro de los antecedentes y de los datos de cada consulta. Instrumento asistencial y docente, favorece la calificación de riesgo y con el carné perinatal facilita la referencia y la contra referencia.

## \* Sistema Informático Perinatal

Permite el ingreso a la memoria magnética de los datos relevantes de los eventos perinatales completos integrando un banco - base de datos. Produce un análisis de situación de la Institución, un descriptivo de la población asistida y de los resultados obtenidos. Permite estudiar factores de riesgo. Facilita la investigación en Servicios de Salud y la vigilancia epidemiológica perinatal.

## \* Rangos de Normalidad de variables en el Embarazo

Distintos trabajos del CLAP, permitieron a partir de muestras de gestantes sanas latinoamericanas, conocer los rangos de normalidad de la Presión Arterial materna durante el embarazo, del incremento de peso materno, de la distribución de la Altura Uterina según la edad gestacional, de los patrones somatométricos del feto medidos por Ecografía, etc.

## \* Evaluación de Tecnologías y Procedimientos diagnósticos

Se realizaron evaluaciones de tecnologías correspondientes a procedimientos de detección y

de confirmación diagnóstica, de empleo rutinario y especializado. Se condensó en un solo volumen la información original del CLAP y de resultados analizados de la bibliografía universal.

## \* Propuestas de Normalización

Se ofrecen modelos racionales de normalización de la asistencia de Bajo Riesgo y de Alto Riesgo Perinatal, para ser discutidos por grupos normativos de los países.

## \* Modelos de Talleres de Normalización

Ya se han realizado modelos de Talleres de Normalización Perinatal, que incluyen la Atención Perinatal de Bajo y Alto Riesgo.

## \* Gestograma

Modelo de Tecnología desarrollada en el Centro que facilita las actividades del control prenatal: cálculo de la amenorrea, vigilancia de crecimiento uterino y fetal, evolución de variables maternas y fetales: presión arterial materna, contractilidad del embarazo, ganancia de peso, movimientos fetales, etc. Si se desconoce la Fecha de la Última Menstruación es posible estimar la edad del embarazo con un error conocido.

## \* Cinta obstétrica

Es otra tecnología de apoyo para facilitar la correcta vigilancia de la evolución del embarazo. A la cinta métrica convencional se agregan medidas para verificar el crecimiento y vitalidad fetal, estimar la edad del embarazo, vigilar la normalidad del incremento de peso materno, de la presión arterial y de la contractilidad uterina, además de estimar el peso fetal según la altura uterina obtenida para una determinada edad gestacional.

---

La bibliografía pertinente se encuentra accesible en los

Centros de Documentación de la OPS en los países.

Mayores referencias pueden solicitarse directamente al CLAP



## XX Aniversario del CLAP

El 2 de febrero de 1970, el Gobierno de la República Oriental del Uruguay y la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud firmaron el primer acuerdo por el cual se creó el CLAP, con carácter de Centro Panamericano de esta Organización, con sede en Montevideo, Uruguay en el Hospital de Clínicas de la Universidad de la República.

Este convenio ha sido renovado por las autoridades nacionales del Ministerio de Salud Pública y de la Universidad de la República en 1974, 1978, 1982 y 1986.

El objetivo general del CLAP es contribuir a mejorar la salud materno-infantil cooperando con los países en la identificación y solución de los principales problemas perinatales y pediátricos de la Región, mediante el aumento de las coberturas y de la calidad de la atención. El resultado esperado es la reducción de las tasas de morbilidad y de mortalidad materna, perinatal e infantil y de las secuelas invalidantes producidas en el período perinatal en la madre y su hijo.

Desde su fundación concurren a los cursos dictados en el CLAP más de 3600 participantes provenientes de los países de la Región de las Américas.

La investigación del CLAP está centrada en el desarrollo y la evaluación de tecnologías apropiadas, en la

metodología epidemiológica y en el diseño de formas innovativas de investigación en servicios de salud perinatal y pediátrica. Su estrategia está basada en modelos de investigación clínica y operacional y se expande a través de programas colaborativos multicéntricos en los países de la Región.

En más de 2000 diferentes publicaciones producidas hasta la fecha el CLAP ha difundido información bibliográfica, material docente en salud perinatal y pediátrica, los resultados de las investigaciones realizadas y también guías para la normatización de la atención.

Para la cooperación técnica directa se destinaron desde 1970 hasta la fecha 6600 días de presencia activa de consultores del CLAP en los países, respondiendo a solicitudes de los gobiernos para la implementación de programas de intervención en salud perinatal, para el entrenamiento de personal de salud en investigaciones colaborativas y para la promoción y apoyo a grupos, centros o institutos nacionales materno-infantiles estimulando una estructura de trabajo en red. Además, el CLAP coopera en la organización de los servicios de atención perinatal y materno-infantil por niveles de cuidados, basándose en la estrategia del enfoque de riesgo y en el fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud.

## Jornada Científica

A manera de festejo del vigésimo aniversario del CLAP, se programó una Jornada Científica en la Sala de Conferencias de la Intendencia Municipal de Montevideo para el día 30 de julio de 1990. Actuaron como conferencistas invitados los Doctores Omar Althabe, Miguel Larigua, Luis Prudent, Eduardo Sarué, (Argentina); Eduardo Castilla (Brasil); Edgar Cobo (Colombia) y Pedro Rosso (Chile). Las presentaciones fueron comentadas por los Doctores Juan C. Veronelli (Argentina); Ricardo Bernardi, Alejandro Bazzolo, Rodolfo Maggi, Fernando Mané Garzón, José Luis Peña, y Yamandú Sica Blanco (Uruguay).

Participó en los festejos especialmente invitado el Dr. Roberto Caldeyro-Barcia, primer director del CLAP (1970-1981).

La ceremonia inaugural contó con la presencia de autoridades uruguayas representadas por el Dr. Alfredo Solari, Ministro de Salud Pública; el Sr. Francisco Esteves, Secretario General de Educación y Cultura; el Ing. Químico Jorge Brovetto, Rector de la Universidad de la República; el Dr. Pablo Carlevaro, Decano de la Facultad de Medicina; así como autoridades de la OPS, Dr. Joao Yunes, Coordinador HPN, de la Dra. Elsa Moreno y del Dr. Vladimir Rathauer, Representante de la OPS/OMS en el Uruguay.

Al cierre de la actividad, el Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director de la OPS, Oficina Regional de OMS, expresó en parte de su alocución:

"... desde 1983, y en muy corto tiempo, se mostró el potencial del CLAP para hacer de la Perinatología parte integrante del esfuerzo de salud pública vinculado a los problemas esenciales y básicos de salud de las poblaciones y de las comunidades."

"Siento admiración por el Director del Centro y por el equipo que lo conforma y a través de ellos por todos aquellos que integran esta Red de Cooperación que establece uno de los ejemplos más importantes de las posibilidades de cooperación entre instituciones y países en desarrollo en función de un problema fundamental. Con brillantez y eficiencia han mostrado la demistificación de la perinatología en relación a tecnología, sin perder lo que es apropiado de la tecnología más compleja, haciéndola parte de los esfuerzos permanentes de salud y de la atención de las poblaciones de las Américas."

"Por esta razón, este Centro ha recibido el reconocimiento más importante que la Organización concede a los dirigentes o a sus unidades constitutivas, la Medalla de Honor de la Organización. Es por lo tanto para mí una satisfacción muy particular y personal y una oportunidad más de públicamente reconocer los méritos del esfuerzo que aquí se está haciendo." "Quizás nunca antes como ahora sea tan importante esta unión de la capacidad en el uso del conocimiento científico de punta y del análisis para generar y sobre todo adaptar y utilizar con eficiencia el conocimiento en las tareas normales de la atención acordes a las necesidades de la gente."

"Para el momento político por el que pasa la humanidad, para el futuro que se plantea para América Latina, para los desafíos específicos en salud que se plantean se requiere cada vez mayor capacidad de conocimiento y de análisis, mayor innovación e iniciativa en todos los frentes de la actividad humana y social y en el nuestro en particular."

"Son absolutamente imprescindibles los esfuerzos de Centros como éste que es el punto nodal de una red de cooperación de esfuerzos que una miles y miles de personas orientadas por el mismo objetivo y que se ayudan mutuamente."

"Espero que los años de la última década de este siglo y más allá, en los años del próximo siglo, continuemos avanzando y que las actividades de investigación, cooperación y atención en el campo de la perinatología produzcan respuestas cada vez más eficientes y eficaces en función de la importancia creciente de los problemas vinculados a esta etapa del ciclo vital del ser humano."

"A los compañeros, colegas que componen el CLAP, mi agradecimiento particular por su capacidad profesional y científica en la visión humanística de lo que debe ser la acción del trabajador social en un mundo tan desigual, con tantos problemas, con tanto sufrimiento y tanto dolor, siendo nuestra la responsabilidad de ayudar a resolverlos. Lo que ustedes han demostrado como profesionales, científicos y ciudadanos, me llena de orgullo y me entenece en mi gratitud y en mi confianza para el futuro."

Al cumplir 20 años, el CLAP renueva su compromiso con el país sede y con los demás países de la región de las Américas, firmándose un nuevo Convenio para continuar y extender las actividades del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano por un período de cinco años a partir de marzo de 1991.

## NOVEDADES DEL CLAP

Con motivo del vigésimo aniversario de la fundación del CLAP, se han editado cinco publicaciones en forma de libro que condensan parte de la actividad científica del Centro. Dichas publicaciones ya pueden consultarse en los Centros de Documentación OPS/OMS en los países y además serán enviadas a las principales bibliotecas de la Región.

### Tecnologías Perinatales

Martínez, Gerardo, ed.- Montevideo, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1990. 272p. (Publicación Científica CLAP 1202).

Se ofrece un conjunto de tecnologías desarrolladas por el CLAP para facilitar el proceso de "gestión tecnológica" al difundir y promover su estado de arte. Se presenta la experiencia obtenida en el desarrollo e implantación de tecnologías que por haber completado el proceso de evaluación, se encuentran ya incorporadas a los servicios o están en vías de hacerlo. Se resume la situación materno-infantil y perinatal en la Región de las Américas e indicadores de salud en el área y se señalan las orientaciones del CLAP frente a la problemática existente. Se describe el marco de referencia general para priorizar el desarrollo y la oferta de tecnologías que puedan producir gran impacto con los menores costos. Se han seleccionado para esta publicación las tecnologías que, por su desarrollo intramural y por las experiencias positivas en terreno, merecen difundirse. A título de ejemplo, se incluyen tecnologías desarrolladas en otras latitudes, ya incorporadas a los servicios de salud y cuya validez es cuestionada. A través de meta-análisis realizados sobre bases de datos provenientes de estudios controlados efectuados en similares condiciones, en el CLAP y en otras instituciones, se muestra que en algunos casos, hay insuficiente evidencia para justificar su aplicación.

### Sistema Informático Perinatal

Díaz, A.G., Schwarcz, R., Díaz Rossello, J.L., Simini, F., Giacomini, H., López, R., Martell, M., Fescina, R., De Mucio, B., Martínez, G.- Montevideo, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1990. 100p. (Publicación Científica CLAP 1203).

Se presenta un Sistema Informático Perinatal (SIP) elaborado por el CLAP para la atención materna durante el embarazo, parto y puerperio y para el recién nacido. Está basado en una historia clínica básica (HCPB) de una sola página, que contiene los datos del interrogatorio, del examen y de los estudios complementarios, ordenados en la secuencia cronológica en que se recogerán. Su contenido está fundamentado en la norma asistencial y orienta y facilita su cumplimiento por el personal de salud en los diferentes niveles de atención. Un sencillo sistema de alerta, destacado con color amarillo, jerarquiza las condiciones de riesgo aumentado. Los datos de la HCPB pueden ser volcados a un computador personal y periódicamente los servicios locales pueden evaluar la situación perinatal y la calidad de la asistencia mediante programas que simplifican la elaboración de estadísticas básicas, selección de historias, descripción de variables y los cálculos de riesgo, entre otros. El Sistema Informático Perinatal facilita, además, la comparación de la situación perinatal institucional por su característica uniforme de recolección y análisis de los datos con idénticos criterios.

### Sistema Informático del Niño

Díaz Rossello, J.L., Martell, M., Díaz, A.G., Giacomini, H., Martínez, G., Simini, F., López, R., Schwarcz, R.- Montevideo, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1990. 33p. (Publicación Científica CLAP 1204).

Para la atención del niño debe seguirse la continuidad del proceso normal de crecimiento y desarrollo. La norma de atención planifica en torno a este proceso y dispone acciones básicas universales como son las inmunizaciones, la alimentación natural y la detección precoz de riesgos. La experiencia del CLAP muestra que los instrumentos de registro clínico, deben diseñarse con criterios que faciliten el funcionamiento correcto del proceso normativo, generando además la información necesaria para su continua evaluación. El CLAP diseñó inicialmente, un carné pediátrico que reúne los elementos de las fichas de crecimiento y desarrollo, junto a un registro sistemático de factores de riesgo infantil, e incluye las acciones básicas normatizadas en inmunizaciones y alimentación.

El Sistema Informático del Niño se propone facilitar el proceso normativo y su evaluación. Recoge la información presente en el carné del niño permitiendo, en forma simple, su registro institucional. El análisis a través de un proceso informático, podrá realizarse periódicamente en las propias instituciones por el personal directamente involucrado en la atención.

### Atención inmediata del Recién Nacido

Martell, M., Estol, P., Martínez, G., Díaz Rossello, J.L., Schwarcz, R.- Montevideo, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1990. 40p. (Publicación Científica CLAP 1206).

El desarrollo de los servicios de atención perinatal se construye sobre los avances del conocimiento y de la disponibilidad de recursos humanos y materiales, utilizados en forma organizada y adecuada a cada situación concreta.

En la mayoría de las maternidades de América Latina y del Caribe, se requieren aún esfuerzos por parte del personal de salud y de la comunidad para implementar las medidas básicas de atención neonatal y evaluar su aplicación y resultados.

Es por ello que el CLAP edita esta guía para la normatización de la atención inmediata neonatal. Su objetivo es facilitar la elaboración de normas locales, fundamentado en una reciente revisión de la literatura acerca de la eficacia de las intervenciones básicas de mayor impacto. Se ha enriquecido esta actualización, mediante un proceso de consenso con distinguidos profesionales expertos de la Región.

Adecuar las propuestas tecnológicas a las características de nuestras maternidades implica también reconocer algunas limitaciones actuales en la formación del personal. En este documento se reenfoca la reanimación del recién nacido, haciendo especial énfasis en la ventilación con máscara que, con material apropiado de bajo costo y un entrenamiento factible en corto tiempo, resolvería la mayoría de las situaciones de depresión respiratoria neonatal por asfixia o por fármacos dados a la madre.

## Atención Prenatal y del Parto de Bajo Riesgo

Schwarcz, R., Díaz, A.G., Fescina, R., De Mucio, B., Belitzky, R., Delgado, L.R. - Montevideo, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1990, 146p. (Publicación Científica CLAP 1205).

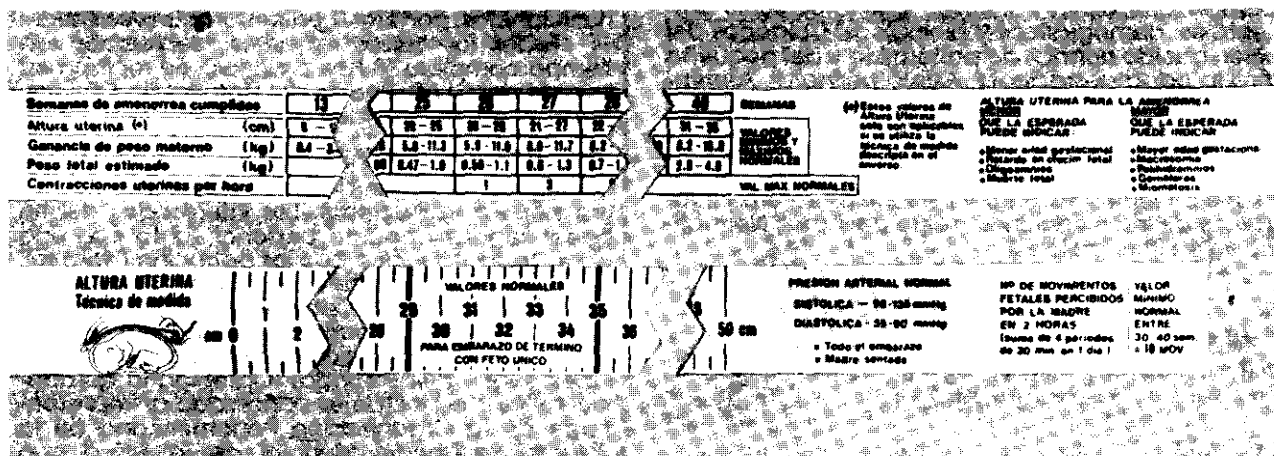
Una forma efectiva de abordar los problemas de salud perinatal, es la aplicación del enfoque de riesgo que obedece a la necesidad de asignar recursos en forma diferenciada, de modo que quienes más lo necesitan, reciban mayor atención en forma proporcional a su riesgo. La atención perinatal determina que la embarazada, el parto y el recién nacido, sean atendidos en el nivel de complejidad que su grado de riesgo requiera, asegurando un nivel de atención para los de menor riesgo, accesible a toda la población susceptible. Para que este objetivo sea cumplido, es preciso que las actividades asociadas al cuidado prenatal y la atención del parto y del recién nacido estén adecuadamente

normalizadas. Para que esta evaluación alcance a todas las embarazadas, es preciso ampliar la cobertura del cuidado prenatal y de la atención institucional del parto. La normalización de estas actividades, al aumentar la eficiencia en el uso de los recursos, contribuye a ello. Además se reduce la iatrogenia, asegurando el nivel mínimo de cuidados que el parto de bajo riesgo debe tener.

La formulación de estrategias apropiadas para enfrentar el alto riesgo, requiere de la normalización de las actividades de bajo riesgo y lograr la resolución de los problemas en el nivel de menor complejidad posible, evitando la referencia de un exagerado número de madres a los niveles más altos. Cuando es pertinente, se propone la referencia de la madre al nivel de atención apropiado, según las normas de alto riesgo. Esto puede implicar el traslado a otra institución o la aplicación de normas especiales en la misma institución si su complejidad lo permite.

Con esta publicación, en la que se discuten conductas y se jerarquizan algunas por su demostrada eficacia, se pretende entregar un documento base para la formulación de normas locales de atención del embarazo y del parto.

## NUEVA TECNOLOGIA MODELO DE CINTA OBSTETRICA



## INVESTIGACION EN PERINATOLOGIA

Elaboración y desarrollo por parte del becario de proyectos de investigación en el área perinatal.

Programación y fecha de inicio sujeta al currículum del candidato y a las características de los proyectos.

## FUNDAMENTOS DEL CUIDADO PERINATAL

6 de Mayo - 18 de Mayo

Sistemas de apoyo informático para: estadísticas básicas. Historia Clínica Perinatal. Morfología y funcionamiento de la placenta normal y patológica y su repercusión en el recién nacido. Evaluación antropométrica del feto y del niño en sus primeros años. Crecimiento y Desarrollo fetal y neonatal. Fisiopatología y diagnóstico del retardo en el crecimiento intrauterino. Análisis crítico de la eficacia de los métodos diagnósticos para predecir salud fetal. Factores que elevan el riesgo perinatal: socio-ambientales, demográficos y biológicos. Cuidados del recién nacido normal, de pretérmino y del pequeño para la edad gestacional. Asfixia perinatal. Asistencia inmediata del recién nacido. Asociación entre los trastornos neuropsíquicos del niño y los factores perinatales. Psicología médica, comportamiento materno y del recién nacido en el período perinatal. Alojamiento conjunto y lactancia materna. Programas de intervención en salud perinatal. Normatización en Perinatología.

## METODOLOGIA PARA LA INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA, OPERACIONAL Y CLINICA. CON EJEMPLOS EN EL AREA PERINATAL Y MATERNO-INFANTIL

16 de Setiembre - 26 de Octubre

Fundamentos de estadística descriptiva e inferencial. Pruebas de hipótesis. Diseño experimental. Adecuación de datos para manejo automatizado por computación. Organización de investigaciones clínicas, operacionales, epidemiológicas y de pro-

yectos colaborativos. Evaluación de procedimientos diagnósticos. Elaboración de resultados, interpretación y técnica de presentación. Estudios analíticos: casos y controles, cohortes, cálculo de riesgo. Ensayos clínicos controlados. Difusión de la información. Evaluación de programas operativos. Aplicaciones en investigación en servicios de salud. Introducción a la informática y a los sistemas de información en salud. Presentación de problemas y selección de diseños adecuados. Obtención de información de bancos de datos. Uso de computadores personales.

Se dará preferencia a aquellos candidatos que estén trabajando en programas de investigación, normatización, formación de recursos humanos y en proyectos específicos de salud materno-infantil en los países o que posteriormente al curso se haya previsto su formal incorporación a los mismos.

Los cursos, están dirigidos a profesionales vinculados al área perinatal: obstetras, pediatras, neonatólogos, salubristas, bioquímicos, psicólogos, nutricionistas, parteras y enfermeras universitarias.

Todos los cursos requieren dedicación de tiempo completo (8 horas diarias). Se realizan en la sede del CLAP, Piso 16 del Hospital de Clínicas, Avda. Italia, Montevideo.

La adjudicación de plazas y/o becas se realiza por vía institucional. Los interesados deben hacer llegar su pedido personal, junto con una carta de la institución que los patrocina (Hospital, Universidad, etc.), a las autoridades del Ministerio de Salud Pública del país de origen (Dirección Materno-Infantil, Departamento de Becas o Departamento de Relaciones Sanitarias Internacionales, según corresponda). Obtenida la aprobación oficial, el pedido es canalizado al Representante de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud con sede en el mismo país.

Por información adicional dirigirse a:

CLAP  
Coordinador Docente  
Casilla de Correo 627  
(Cod. 11.000)  
Montevideo - Uruguay

Fax: +598 2 472593  
Télex: 23023 CLAP UY  
Cables: CLAP Montevideo  
Teléfono: +598 2 472929

Centro Latinoamericano de  
Perinatología y Desarrollo  
Humano (C.L.A.P.)

Casilla de Correo 627  
Montevideo - Uruguay



- Organización Panamericana de la Salud
- Organización Mundial de la Salud