UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EFECTOS DEL CONTROL PRENATAL EN LA MORBI-MORTALIDAD EN EL PERIODO NEONATAL TEMPRANO

(Estudio prospectivo, realizado en los Servicios de Alto Riesgo y Post-Parto del Hospital Roosevelt en los meses de octubre, noviembre y diciembre 1984)

PATRICIA CAROLINA PAZ DIAZ

CONTENIDO

I INTRODUCCION

II DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

III REVISION BIBLIOGRAFICA

IV MATERIAL Y METODOS

V PRESENTACION DE RESULTADOS

VI ANALISIS Y DISCUSION

VII CONCLUSIONES

VIII RECOMENDACIONES

IX RESUMEN

X REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

XI ANEXOS

INTRODUCCION

El aumentar la asistencia del control prenatal como medida preventiva especialmente entre poblaciones de alto riesgo son objetivos importantes de salud pública. El bajo uso del control prenatal en las embarazadas de la ciudad capital de Guatemala contribuye a una alta incidencia de morbilidad materna, bajo peso al nacer y mortalidad perinatal y neonatal.

Es muy importante hacer notar que estos y otros problemas que tiene el país actualmente, se deben a la educación inadecuada de la población. Es un hecho innegable que solamente con la participación activa de la paciente en la vigilancia de su salud, es posible conservar una población sana y productiva.

Pero, para poder obtener de la paciente un elemento activo, es necesario la educación médica adecuada que la haga capáz de prevenir o descubrir oportunamente la enfermedad, para que, con la ayuda de la técnica y la ciencia médica, pueda recuperar fácilmente la salud perdida (19).

El presente trabajo se realizó con la intención de determinar la calidad del control prenatal recibido por la madre en el transcurso de su embarazo. Para ello se utilizó un cuestionario que se le pasó a cada madre en su post-parto hospitalario, pre-haber investigado el diagnóstico de morbilidad o mortalidad de cada recién nacido que ingresaba a el servicio de Alto Riesgo.

La muestra consistió en 135 pacientes, madres de recién nacidos con morbilidad, también se obtuvo un grupo control que consta del mismo número que la muestra, solo que está representado por las madres de los recién nacidos normales.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

El control prenatal es conocido desde hace mucho tiempo, pero quizá en la actualidad no se le dé la importancia que realmente merece, no solo por el pronóstico de la madre, sino por el del recién nacido también, porque se supone que por medio del control prenatal llegue a feliz término el embarazo, que el niño nazca garantizándole una vida libre de secuelas, que el médico pudo haber prevenido durante el control prenatal, no solo diagnosticándolo sino también dando tratamiento a la madre con un plan educacional.

Lo que pretende este estudio es ver el impacto del control prenatal en la población embarazada, qué problemas en el recién nacido se hubiesen omitido con un buen control prenatal o qué problemas pasaron desapercibidos. En esta investigación conocer las variables que intervienen en que las madres tengan o no control prenatal, conocer en qué observó flaqueza en su control prenatal, de este modo demostrar con datos al médico de consulta externa qué puntos deben reportarse cuando una paciente embarazada llega a consulta.

Se investigó en el Hospital Roosevelt sobre las normas hospitalarias llevadas en el control prenatal, pero solamente se obtuvieron los datos sobre las citas y charlas, dichos datos se encuentran a la vista en cada clínica en donde se realiza el examen prenatal. Las citas se dan en la siguiente manera:

- Cada semana: Para pacientes con 36 semanas de embarazo.
- Cada dos semanas : Para pacientes con 31 semanas de embarazo.
- Cada tres semanas : Para pacientes con 28 semanas de embarazo.
- Cada mes : Para pacientes con menos de 28 semanas de embarazo.

Las charlas que se imparten de 11;00 a 12;00 horas, de la siguiente forma :

- Día lunes : Dietetica
- Día martes : Enfermería
- Día miércoles : Servicio Social
- Día viernes : Obstetricia

Por no haber normas hospitalarias establecidas, se investigó en la Dirección General de Servicios de Salud, quienes dijeron que adoptaron nuevas normas, las cuales aún no han sido conocidas por el personal, pero que en breve tiempo las conocerán porque, las nuevas normas ya están establecidas. Son las siguientes.

- El auxiliar de enfermería verifica la sospecha de embarazo en toda mujer que le refiera al personal comunitario y de aquellos casos que se presenten espontáneamente al puesto de salud.

Signos y Síntomas :

- Atraso menstrual de más de dos meses.
- Madre lactando con atraso menstrual de más de 6 meses.
- Gravindex positivo; mujer con historia y hallazgos confusos de embarazo.
- Al tener confirmado el embarazo la auxiliar de enfermería inscribe a la prenatal, utilizando la ficha materna y tarjetero índice, integrando su carnet.
- En la consulta prenatal el auxiliar de enfermería interroga y anota en la ficha materna.
- Realizar examen físico (respetando creencias y valores culturales). Al tomar peso y talla anotarlos en las papeletas y revisar las tablas de peso y talla y dar indicaciones necesarias según edad gestacional.
- La auxiliar de enfermería efectuará palpación abdominal para determinar presentación fetal después de las 32 semanas de

gestación.

- La auxiliar de enfermería efectuará auscultación de los latidos cardíacos después de las 24 semanas.

El personal del puesto de salud con colaboración del promotor - comadrona y otros identifica a nivel de cada área del sector riesgos maternos que deben ser referidos a los otros niveles de atención para su control :

- Mujeres con más de cuatro embarazos
- Mujeres embarazadas de 15 años y mayores de 35 años
- Mujeres con antecedentes de más de dos abortos
- Embarazos frecuentes con espacios menores de seis meses entre el parto y el nuevo embarazo.

Referir inmediatamente al Hospital :

- Embarazos que presenten cualquier enfermedad (hemorragias, desnutrición, fiebre etc.).

A nivel del puesto de salud la auxiliar de enfermería deriva al - hospital los siguientes riesgos :

- Infección urinaria sintomática
- Antecedentes de partos anteriores con productos de bajo peso al nacer.
- Primigesta
- Estatura inferior a m. 1.50
- Peso menor de 45 kg.
- Anemia por desnutrición
- Hipertensión arterial ; 110/70 mm. hg
- Enfermedades cardíacas y renales, compensadas (antecedentes).
- Enfermedades venéreas
- Exposición de agentes terogénicos.

- Sospecha de cáncer cervical
- Incompetencia cervical
- Retardo del crecimiento fetal
- Crecimiento uterino excesivo
- Presentación anormal persistente (transversa, hombro, brazo, codo, podálica, pies, rodillas, nalgas, presentación de cara o frente).
- Desproporción feto pélvica
- Obstrucción del canal de parto
- Prolongación de embarazo más de 42 semanas
- Con problemas pulmonares

Derivación Inmediata :

- Embarazo ectópico
- Muerte embrionaria o fetal
- Hemorragia genital
- Hiperemesis grave
- Preeclampsia o eclampsia
- Enfermedad trombocitopénica
- Comienzo del parto antes de las 37 semanas
- Ruptura prematura de membranas

Toda embarazada bajo control prenatal, debe ser vacunada con toxoide tetánico en el 6to y 8vo mes de embarazo.

- El auxiliar de enfermería continúa con control de las prenatales referidas de Centros de Salud y Hospitales y de acuerdo a la evolución del embarazo decide el lugar de atención (domicilio, Puestos de Salud, centro de salud y hospital).

Tomando en cuenta estas normas de la Dirección General de Servicios de Salud, se decide que para el siguiente trabajo, se tomará como madre que tuvo control prenatal aquellas que llenen los

siguientes requisitos :

- Ser madre de recién nacido que se encuentre en el servicio de alto riesgo, que se encuentre en la edad de hasta 7 días (período neonatal temprano). Que presente morbilidad o mortalidad en ese período de tiempo.
- Ser madre de recién nacido normal que se encuentre en los 7 primeros días de vida.
- Que dichas madres, respondan que tuvieron o no control prenatal, si no tuvieron control prenatal, se anotará en el cuestionario que no tuvo control prenatal, en caso contrario o sea que la respuesta sea afirmativa, se anotará que tuvo control prenatal independientemente del número de visitas en la que ella asistió a su control prenatal.
- Se tomará como control prenatal óptimo: Aquellas madres que hubiesen tenido por lo menos 5 visitas durante su control prenatal.

REVISION BIBLIOGRAFICA

Un adecuado control prenatal podría mejorar muchos de los problemas que están asociados con embarazos de alto riesgo, ya que la temprana identificación, prevención y terapeutica, influye en los resultados. Por ejemplo las condiciones asociadas a una alta incidencia de Bajo Peso al Nacer (BPN) en paises en vias de desarrollo incluye entre otras, un mal estado nutricional materno, infecciones, embarazos múltiples, edad materna menos de 15 años o más de 35 años, antecedentes de recién nacido con BPN, hipertensión arterial y toxemia del embarazo. Algunas de estas condiciones podrían ser mejoradas durante la primera parte del embarazo por medio de intervenciones de salud (nutrición), así como durante la última parte del embarazo con intervenciones más especificas.

Se han realizado numerosos estudios tanto en paises desarrollados como en paises en vias de desarrollo, tratando de demostrar

la relación del control prenatal con el nacimiento del niño y han concluído que la presencia o ausencia de un control prenatal temprano y adecuado está estrechamente relacionado a la forma de terminación del embarazo.

Usando análisis multivariable se encontró que el riesgo de los recién nacidos de BPN en cuanto a mortalidad neonatal e infantil era de 1.5 a 2 veces más altas con un control prenatal tardío y menos frecuente que con un control prenatal temprano y frecuente.

Por otro lado se ha reportado que un buen control prenatal elimina la influencia de los factores sociales, educacionales y estado marital del resultado perinatal, así también que una tardía asistencia de muchas mujeres a su primera visita prenatal reduce el potencial benéfico del mismo.

En resumen es importante mencionar que la primera visita prenatal proporciona una oportunidad para revisar la historia clínica de la embarazada, efectuar un buen examen físico y de laboratorio, para poder así determinar el control prenatal apropiado basado en el estado de riesgo de cada mujer durante el embarazo, así como dar la información necesaria y los suplementos alimenticios adecuados que se consideren necesarios (19).

El cuidado durante el embarazo a través de clínicas y de visitas hogareñas, no deben considerarse como una medida aisladas o solamente enfocado a la disminución de los riesgos del parto, sino tomarse en cuenta como parte de la atención total familiar. Los objetivos son :

1.- Supervisar la salud de la madre y proporcionar tratamiento y asesoramiento para las enfermedades hallánse o no asociadas con el embarazo.

2.- Asegurar que el bebé tenga un buen comienzo en la vida.
3.- Proporcionar oportunidades para la educación sanitaria de ambos progenitores en relación a su propio bienestar y al de sus vástagos.

En cualquier forma, la primera visita de la embarazada constituye por lo general el mejor tiempo para introducir la idea del tamaño de la familia, de espaciamiento de los vástagos o de algún tipo de control de la natalidad. Así los progenitores tendrán tiempo para examinar, discutir y decidir antes de la terminación del embarazo actual.

La salud del niño destituído ha constituído uno de los problemas más graves y más documentados de todo el campo de la pediatría y de la nutrición.

Una forma inapreciable de combatir estos riesgos, consiste en estimular a la madre para que traiga a su bebé más pequeño a la clínica de control y cuidado de embarazos. Esto no ocasiona penalidad alguna durante los primeros meses del embarazo, especialmente cuando la madre espera estar trabajando y transportando peso o cargas independientemente de su embarazo. También constituye un fuerte argumento para tener clínicas pequeñas numerosas, bien distribuídas, en lugar de clínicas grandes, centrales y repletas de pacientes. Lo anterior estimulará un interés continuo en el niño que pronto iría a ser destituído y proporciona una oportunidad inmejorable para la valoración nutricional y el asesoramiento alimentario, junto con el tratamiento cuando y como sea necesario. Cuando se acepte este patrón, la madre que ya se encuentra bastante avanzada en su embarazo encontrará que el progenitor o algún familiar llevará al niño que ya gatea a la clínica con ella. El problema primordial radica en convencer a los médicos, enfermeras y comadronas para que acepten " este programa de antención familiar ", en lugar del tipo mecánico,

ortodoxo, facilmente organizable del cuidado de la embarazada.

Las mujeres se hallan en situación nutricional desventajosa, especialmente durante el embarazo, debido a costumbres insalubres a menudo restrictivas. En Ghana, en 1938, se informó que; " La mayoría de los partos son cortos y fáciles, el peso promedio de los nacidos es menor que el peso de los niños europeos.

Estos lactantes pequeños y a menudo prematuros, tienen como atribuible de su premadurez la frambesia, el paludismo, el trabajo manual pesado durante el embarazo y la desnutrición. Aunque la mayor parte de las mujeres en edad de ser madres parecen bien nutridas, la corpulencia producida por una alimentación mal balanceada constituye desnutrición desde el punto de vista de procreación.

La educación sanitaria debe perseguir como finalidad el estimular a la madre para que ingiera una alimentación adecuada constituída hasta donde sea posible por mezcla de alimentos locales y corrigiendo los defectos alimentarios más prevalentes. La anemia es un signo común en todo el mundo. La falta de tiamina, vitamina A, de yodo o de proteínas puede ameritar atención especial. En algunas regiones, las embarazadas se quejan de dispepsia, lo cual puede a disminución de la acidez gástrica y no a exceso de la misma y puede estar asociada algún tipo de anemia.

Durante la primera consulta a la clínica para embarazadas, toda paciente deberá ser pesada y medida, ya que las madres con estatura inferior a 1.50 m. constituyen un riesgo obstétrico. El peso constituye una guía del estado nutricional y del progreso, y también del desarrollo de edemas. Los cocientes de estatura/peso de las pacientes embarazadas proporcionarán una idea estimativa de la escasez de alimentos en esa comunidad.

La educación en nutrición deberá incluír la reiteración del empleo de alimentos locales, preparación a amamantar al lactante y el cuidado y supervisión de los niños existentes (para evitar el síndrome del niño destituído). Se pueden sugerir suplementos alimentarios para reforzar la nutrición en diferentes regiones, incluyendo hierro, ácido fólico en tabletas o proteínas bajo la forma de leche descremada en polvo, legumbres, harina de pescado, etc.

Pero es preferible el identificar las necesidades individuales en lugar de proporcionar suplementos masivos solamente.

Las causas de morbilidad y mortalidad maternas, necesitan ser analizadas para la región particular de que se trate. Se tomarán en consideración las facilidades obstétricas. Son muy importantes, la desnutrición y su anemia correspondiente (hiponutrición, hipernutrición y desequilibrios tales como el beriberi), helmintiasis intestinal, tuberculosis, disentería (incluyendo amibiasis), el paludismo a menudo y los partos excesivos y casi sin interrupción alguna. Las tasas elevadas de mortalidad perinatal se deben principalmente a nacidos vivos con bajo peso, lesiones durante el parto, infecciones neonatales, incluyendo al tetanos del cordón umbilical y a las anomalías congénitas. Muchas de estas causas se hallan asociadas con los padecimientos maternos.

La mayor parte de la carga de la insalubridad materna, fetal y del recién nacido puede ser prevenida mediante la simple supervisión durante el embarazo, tratamiento sencillo y asesoramiento.

Se consideran suficientes de ocho a diez visitas durante toda la gestación para la supervisión del embarazo normal, pero este número deberá aumentarse en los pacientes con riesgos elevado y para cualquiera que necesitase educación especial o apoyo, aún una sola visita es superior a ninguna. Si la paciente va a ser atendida en su hogar por el partero tradicional o por algún familiar, se le pedirá a este individuo que venga a la clínica de control de embarazadas y le serán dadas simples instrucciones. Las primográvidas, especialmente aquellas muy jóvenes, necesitan cuidado y educación especiales.

El primer examen será practicado por un médico de ser posible.

Pero las enfermeras, comadronas y auxiliares pueden hacer historias clínicas, tomar medidas y hacer la mayor parte del trabajo sistemático, y de la educación y la mayoría de la supervisión subsiguiente, refiriéndole al médico cualquier anomalía conforme ocurra (36).

En los primeros años del presente siglo las mujeres embarazadas en Estados Unidos, no recibían cuidados prenatales, unicamente efectuaban arreglos para que el médico familiar o la comadrona, para que estuvieran presentes en el parto. El desarrollo posterior de un amplio sistema prenatal representaba uno de los más importantes avances en la obstetricia de este siglo. Actualmente el concepto del cuidado prenatal comprende, la salud los servicios médicos, los servicios sociales, los servicios nutricionales, la educación del paciente y el sostén psicológico. Todo esto constituye el concepto de Atención Total, que ha surgido a partir de los efectos negativos del cuidado prenatal no satisfactorio, tiene sobre el resultado del embarazo. Mientras que muchos estudios de grupos poblacionales relativamente pequeños han demostrado los beneficios de establecer un contacto con el paciente, y proveerle atención médica continua durante la totalidad del embarazo. Pero no fue hasta 1968 que una revisión del certificado promedio de los Estados Unidos dados a los Recién Nacidos vivos agregó dos requisitos nuevos relacionados con el cuidado prenatal. Estos requisitos nuevos son:

- El mes en que se inició el cuidado prenatal.
- El número total de visitas prenatales.

Por primera vez el efecto del Cuidado Prenatal pudo ser ampliamente conocido a través de la totalidad de la población y relacionando a otras características demográficas vitales de los padres y como resultado del análisis de esta información surge la atención prenatal de los Estados Unidos, en la cual hay grandes diferencias en el ciudado prenatal utilizado por madres de diferentes orígenes sociales y demográficos y a pesar de todo sobre la base de raza, se encuentra una falta consistente en la disminución de atención prenatal para las madres de Raza Negra. Los factores socio-económicos son determinantes en forma importante en las experiencias de Cuidados Prenatales. La edad es otro factor ya que muchachas menores de 20 años y mujeres de 45 años son las menos frecuentes entre todas las edades para iniciar el Cuidado Prenatal en el primer trimestre y son también los grupos de edad que generalmente no reciben Cuidado Prenatal o unicamente lo reciben en el Tercer Trimestre y con el aumento contínuo de alumbramientos en las mujeres menores de 20 años se cree por muchos que la falta de cuidados Prenatales en la población adolescente puede estar casualmente relacionado al hecho de que los adolescentes llegan a tener el 26% niños de peso bajo al momento del nacimiento. El orden de nacimiento está relacionado a Variaciones a Cuidados Prenatales. Y las mujeres con primeros embarazos son las que reciben menor Atención Prenatal Temprana con relación con aquellas con segundos embarazos. El estado matrimonial de la madre está relacionado a la experiencia en los Cuidados Prenatales, pues las madres no casadas reciben un Cuidado Prenatal tardío o no reciben ningún cuidado prenatal, en una forma 4 veces mayor que el recibido por las mujeres casadas y menos de la mitad de las mujeres no casadas comenzaron el cuidado prenatal en el primer trimestre (27).

La ilegitimidad constituye uno de los factores de riesgos reconocidos para la Salud Materno Infantil, lo que se traduce en tasas

de mortalidad perinatal e infantil más altas que en los grupos de madres no casadas.

Sorpresivamente, al revisar la literatura se encuentran pocos estudios sobre el tema a pesar de su importancia.

La proporción de ilegitimidad es variable en los distintos países y tiene relación directa con el nivel de desarrollo; en general es más elevada en los países en vías de desarrollo. Como ejemplo de esto, en los E.E.U.U. en 1973 la proporción fue de 13%; en Guatemala en 1970 de un 66% y en Chile a fluctuado entre 20 y 25% en la década de 1970.

Según datos de estadística vitales, en los últimos decenios se observa una tendencia al aumento de los nacimientos ilegítimos en varios países especialmente en el grupo etario de 15 a 24 años.

El embarazo no deseado es más frecuente en los ilegítimos y actualmente es motivo de preocupación en muchos países por las cifras que se registran. Según datos recientes, en Colombia y Perú un tercio de los nacimientos corresponden a embarazos no deseados.

Al revisar la bibliografía existente se encuentra que las madres no casadas son más jóvenes, tienen una escolaridad más baja, no se controlan el embarazo o lo hacen en forma tardía, presentan mayor incidencia de patología en el embarazo y tienen una proporción mayor de niños de peso bajo al nacer (4).

El bajo peso al nacer representa en muchos países un grave problema de salud pública y un serio obstáculo para el desarrollo.

Su papel como causa importante de morbilidad y mortalidad perinatal e infantil, así como el consiguiente retardo en la evolu-

ción en la vida escolar, han sido ampliamente demostrado.

Más aún, es en los países en desarrollo donde los recién nacidos de bajo peso son numericamente muy importantes. Concretamente, en 1975 nacieron en todo el mundo 22 millones de niños con peso inferior o igual a 2,500 g. de estos 2.5 millones nacieron en países subdesarrollados y 1.5 millón restante en países desarrollados, o, lo que es lo mismo, el riesgo de dar a luz un niño de bajo peso al nacer, 2,500 g; es de 19.1% para los primeros, es para los primeros, en compración con 7.1% para los segundos.

Si bien las causas que intervienen para que existan estas diferencias son múltiples, podrían agruparse en torno a dos factores; - condiciones ambientales, se destacan la mal nutrición y la infección. En cuanto a la atención médica perinatal, adolece de graves deficiencias en el mundo en desarrollo, siendo la más importante la baja cobertura que alcanzan los servicios de salud - (35).

En general las mujeres en las áreas metropolitanas reciben más visitas prenatales que las que viven en áreas no metropolitanas (27). La cobertura de Salud Prenatal en las zonas rurales, por - medio del aumento de la eficiencia de los trabajadores empírico de la salud, la identificación de mujeres con embarazos anormales a las cuales se les permite recibir atención prenatal adecuada (35).

La relación del cuidado prenatal al resultado perinatal, fue estudiado en una población homogenea, en lo racial socio-económico. Todos los pacientes que fueron llevados al Hospital de Mujeres E.H.S. y Centro Perinatal desde el 1o. de Julio al 31 de Diciembre de 1979. Fueron divididos en dos grupos basados en la cantidad de cuidados prenatales recibidos. Un grupo de 1,102 pacientes; tenía de 0-3 visitas prenatales y un promedio de

1.43 y el segundo grupo consiste en 2,027 pacientes que tenían de 4 a más visitas; Es decir un promedio de 12.78. Y ambos grupos eran similares en edad, estado civil, historia obstétrica previa y peligros iniciales.

A pesar de todo, el grupo con Cuidado Prenatal Inadecuado tuvo una forma significativamente más alta de resultados promedios - de mortalidad fetal, neonatal y perinatal.

El grupo que recibe un número mayor de visitas es el grupo de mayores de 40 años por el problema de consejo genético o por problemas médicos.

La prematuridad es reconocida como factor unico importante en la morbimortalidad perinatal. La prematuridad es el unico determinante a evitar niños prematuros es el mayor esfuerzo del Cuidado Prenatal (27), para el parto e inducir la madurez pulmonar. Este proyecto forma parte de un programa integral que uniforma el manejo perinatal de la prematuridad en hospitales de maternidad de América Latina (21).

El parto prematuro es la causa principal de la mortalidad neonatal A lo largo de los intentos para seleccionar aquellos trabajos prematuros, para mejorar el cuidado intensivo del recién nacido cualquier condición que predisponga al trabajo prematuro debe ser - buscada y apropiadamente manejada.

El comportamiento sexual tardío en el embarazo fue iniciar la - labor y ha sido estudiado por varios investigadores. El fluído seminal es rico en varias prostaglandinas y puede aumentar la contracción uterina cuando es absorvida desde la mucosa vaginal a la circulación materna.

La actividad sexual y el riesgo de parto prematuro espontáneo de

bido a la relación sexual durante la mitad última del embarazo que es considerada como poco conocida.

La actividad sexual normal durante el último trimestre del embarazo no debe ser considerado como inapropiado por el mismo médico, cuando no hay complicaciones obvias anteriores (cervix incompetente, ruptura de membranas amnióticas, múltiples gestas, hemorragia). Un embarazo que es complicado por un trabajo prematuro o parto prematuro inexplicable puede ser beneficiado con la abstinencia sexual durante el último trimestre (26).

Cuando se efectúa un buen control en el período prenatal, un buen manejo del parto y una buena atención del recién nacido inmediatamente después del nacimiento, se está interviniendo preventivamente para evitar las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad neonatal.

En la serie original de Apgar, los punteos totales de cero, uno o dos presagian un 14% de mortalidad; Los punteos de 3, 4, 5, 6 y 7 1.1% y los punteos de 8, 9, 10 el 0.13%. También demostró que es mayor la correlación de mortalidad en los primeros 28 días de vida; con la tabulación realizada en los 5 minutos de vida, que con la que se hace al primer minuto, por lo que Apgar recomienda apropiado efectuar la tabulación en ambos tiempos. Es necesario por lo tanto, mantener una relación directa entre obstetras y pediátras, para disminuir las cifras de asfixia perinatal y de otros problemas para obtener recién nacidos neurologicamente sanos, (10).

En la actualidad, la obstetricia moderna tiene por objetivos primordiales entregar madres sanas con niños sanos dejando atrás la vieja escuela de " la madre primero ". El binomio madre niño es hoy en día el tema central de múltiples encaminados a disminuir la morbi-mortalidad de ambos, tomando cada

vez más auge la ciencia perinatológica.

Sabemos que problemas perinatales (premadurez, hipoxia, parto traumático etc.), influyen negativamente en todo recién nacido pudiendo llegar a afectarlo en su crecimiento y desarrollo físico y mental (6).

En el campo obstetricoperinal, Little señaló hace 120 años la influencia de determinadas condiciones y antecedentes de la madre sobre la salud mental y psicológica, del niño y llegó a identificar los primeros factores de riesgo en relación con la morbilidad perinatal. En el contexto de estos estudios se utilizan las siguientes definiciones : un Factor de riesgo es toda característica de una persona o grupo que está asociado a una probabilidad mayor de aparición de un proceso patológico o de evolución especialmente desfavorable de este proceso; riesgo es la probabilidad que tiene un individuo o grupo de sufrir un daño, y daño es el resultado, afección o situación no deseada en función del cual se mide el riesgo. Siempre que hablamos de riesgo, en este contexto, significamos riesgo de padecer tal o cual daño (resultado no deseado).

Una embarazada de 15 años presenta un factor de riesgo (edad menor de 18 años) que aumenta su probabilidad (riesgo) de tener un niño prematuro (daño o resultado no deseado).

Relaciones entre factores de riesgo y daño : Existen diferentes grados de vinculación entre los factores y el resultado no deseado que se propone en cada circunstancia. Por lo tanto, se podrían establecer tres tipos de relaciones :

Relación Causal : Esto es desencadenante del proceso patológico En este sentido puede citarse la mal nutrición materna y la insuficiencia ponderal del recién nacido, la placenta previa y defunción fetal por anoxia, la rubeola durante el primer trimes-

tre del embarazo y las malformaciones congénitas.

Relación favorecedora : Como el paludismo crónico que ocasiona la anemia del embarazo y sus complicaciones y la multiparidad elevada que facilita la presentación transversa. En este grupo hay habitualmente una neta conexión entre el factor de riesgo y la consiguiente evolución, aunque el factor no sea la causa directa.

Relación de predicción o asociativa en sentido estadístico : En este grupo, las características que integran el factor de riesgo, están relacionadas con causas subyacentes no identificada o aún no aclaradas. La simple expresión de falta de intención de amamantar al hijo; manifestada durante el embarazo, significa mayor riesgo de morbi-mortalidad para ese niño en el primer año de vida (29).

Con el reconocimiento de que unos embarazos llevan más riesgo que otros, los riesgos han sido calificados : Nesbitt y Aubrey reportaron entre 1969 a 1971 sobre la salud materna en el índice de niños que la madre debería recibir cuidado prenatal inicial. Estos factores incluían : la historia inicial, el examen físico y demográfico, racial y los factores emocionales. Cada paciente comienza con un promedio de 100 puntos y le serán restados puntos por cualquier factor peligroso. Así al final el índice de vulnerabilidad fue establecido. El embarazo es mejorado en aquellas pacientes que reciben control prenatal cuando se trata de alto riesgo. Goodwin y colaboradores desarrollaron una técnica de puntos para identificar el embarazo de Alto riesgo que incluía no solamente la historia inicial sino también las complicaciones durante el embarazo y la edad gestacional al momento del parto, esto último es complementario al iniciar el parto. Este último paso es muy importante ya que ayuda a predecir el Alto Riesgo de la naturaleza del embarazo.

Hobel y colaboradores desarrollaron un sistema en el cual el Alto Riesgo prenatal, y dentro del parto y los factores neonatales fueron identificados y agregados para obtener la correlación intraparto y neonatal. Ellos encontraron una correlación cercana tanto en lo prenatal como alto riesgo intraparto relacionado con la morbi-mortalidad perinatal.

Con el uso de dicho sistema de puntos la población de pacientes puede ser dividida en grupos de alto riesgo y grupos que no presentan ningún riesgo.

Cuatro categorías generales de menos de un resultado óptimo son facilmente identificables; estos son : las anormalidades congénitas, la prematuridad, la muerte fetal y morbi-mortalidad materna. Ejemplos de las condiciones asociadas con las anormalidades congénitas incluyen la edad maternal mayor de 35 años, tratamiento con insulina en casos de diabetes mellitus, historia de anomalías cromosómicas o multifactoriales, infecciones transplacentarias (TORCH, rubeola) medicamentos teratogénicos (dietilbestrol, esteroides), cuando se exponen a radiación por ionización y muchos otros factores.

Todas estas condiciones en esta categoría requieren el manejo por el consejo de estudios genéticos apropiados (ocasionalmente requieren amniocentesis) y específicamente el manejo de condiciones tales como la diabetes y las infecciones.

Una segunda categoría de condiciones es asociada con un aumento en la frecuencia de la prematuridad como alto riesgo. Esta categoría incluye múltiples gestaciones, anormalidades uterinas, edad de la madre, menor de 15 años y mayor de 35 años, previas gestas fuera de término o pequeñas, hipertensión inducida por el embarazo, enfermedad renal crónica de la madre, entre otros factores.

Todas esas condiciones sugieren la necesidad de consejo médico, terapia cuando sea indicada (por ejemplo hipotiroidismo).

Un tercer factor insatisfactorio es la muerte fetal intrauterina. Este elemento trágico es más que normal que ocurra con pacientes Rh-negativos, isoinmunización, requerimiento de insulina por diabetes, crecimiento intrauterino retardado, hipertensión inducida por el embarazo, eclampsia, enfermedad renal crónica, hemoglobinopatias, historia de muerte fetal o neonatal y una historia de anormalidades congénitas cromosomales. El desgaste perinatal puede ser reducido por un manejo médico apropiado, de la enfermedad específica en su proceso, en lo relacionado a los fetos y un estudio de madurez pulmonar durante el último trimestre, y el desarrollo del parto anterior al parto que indica ciertas dificultades en el feto. Algunos de estos infantes deben ser llevados al parto prematuramente, deben ser considerados en el momento del parto que necesitan cuidados especiales.

La cuarta categoría: De resultados insatisfactorios relacionados no unicamente a lo fetal, sino también al riesgo maternal.

El diagnóstico relacionado a esta categoría incluye las enfermedades cardíacas, enfermedad renal, enfermedad pulmonar crónica, tromboflebitis, endocrinopatias, hipertensión inducida por el embarazo, anemias y hemoglobinopatias y obesidad marcada. Obviamente el cuidado prenatal provee una oportunidad para el tratamiento médico efectivo de esas condiciones, en una intención de reducir el riesgo tanto en la madre como en el feto.

Así examina esas cuatro categorías:

De resultados insatisfactorios y esas condiciones relacionadas a cada uno de los resultados insatisfactorios y esas condiciones relacionadas a cada categoría, uno puede identificar el tipo de resultados que haya de producirse por las condiciones de alto riesgo que intervienen en el período prenatal en el orden para reducir las oportunidades de morbilidad perinatal.

El tiempo de dicha intervención ha sido auxiliado por el desarrollo de varios años de una capacitación muy especial para obtener el bienestar del feto, madurez del feto. A pesar de todo es vitalmente necesario hacer que el paciente esté bajo cuidado prenatal para que esté expuesto a estos beneficios.

Es claro que la presencia o ausencia al principio de un adecuado cuidado prenatal es fuertemente relacionado con el resultado del embarazo. las pacientes de maternidad pueden ser clasificadas como aquellas que son categorías de alto riesgo y acciones que pueden ser tomadas durante el período prenatal para bajo el riesgo de la madre y el niño. Una mayor deficiencia en nuestro actual sistema de cuidados de maternidad es demostrado por el aún porcentaje significativo de la población que recibe cuidado prenatal adecuado. En relación a los grupos son de un alto riesgo en términos de cuidados médicos pasados, niveles socioeconómicos bajo circunstancias caracteristicas demográficas que son más fácil de recibir cuidados inadecuados. A los inversos grupos que menos cuidado son aquellos que reciben cuidado adecuado, en el tiempo presente la cantidad de gastos en centro prenatal son desarrollados en crear más cuidados comprensivos que se encuentran actualmente en el sistema donde hay una clara necesidad de llegar a incluir aquellos sistemas que ahora faltan.

Los programas extensos pueden ser pasados en la comunidad y deben envolver el uso amplio del medio, iglesias, escuelas, contacto con las mujeres embarazadas.

El enfoque mejorado es necesario para ciertos grupos de alto riesgo y pueden ser efectuados por el uso de provisiones locales, de cuidados prenatales para profesionales, dichos médicos, protoco-

los para el respaldo del médico. Estos planes deben inclucarse en las jóvenes quinceañeras, en las mujeres, pacientes multíparas, pacientes de escasa posición económica, mujeres negras. En este caso el impacto más grande del cuidado prenatal en su mejora de llevar el embarazo que desea llegar a obtener (27).

El concepto de alto riesgo en el recién nacido ha tenido aceptación general. Los pequeños en esta situación están en muy grave estado y constituyen uno de los principales problemas en la pediatría, incluso en países desarrollados. En nuestro país se ejerce escaso control de las mujeres embarazadas que tienen problemas considerados como de alto riesgo y, por esta causa, la morbilidad y la mortalidad neonatales resultantes son de gran magnitud.

El recién nacido de alto riesgo es el pequeño procreado por una madre con alguna alteración importante o que está bajo alguna situación especial la cual repercute directamente en la salud del neonato (31). Desde hace algunos años se ha reconocido que el uso de la edad gestacional y el peso al nacer, aumenta la exactitud de la valoración del riesgo de mortalidad y morbilidad, y de los requisitos de un niño para su asistencia postnatal particular.

La mortalidad perinatal al igual que el peso bajo al nacer puede depender de una variedad de factores en los que se incluyen factores sociales y características maternas, factores relacionados con la gestación y el parto y caracteres fetales (11). En la actualidad, los cuidados intensivos en los recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento, han logrado reducir tanto los niveles de mortalidad (a 15-24% en el grupo de 1,000 a 1,500 gramos al nacer y a 50-70% para los menores de 1,000 gramos) como las secuelas por daño reurológico (3).

Se ha sugerido a menudo que, puesto que es en gran parte cuestión de suerte que un niño muera inmediatamente antes del parto o poco después y puesto que el resultado es la imposibilidad de obtener un niño vivo, las muertes neonatales precoces deben ser consideradas junto con las muertes fetales. Son incluídas bajo el término de muerte perinatal. Esto carece de base oficial aparte del AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, COUNSIL ON MEDICAL SERVICES (1,959), que incluye todos los fetos nacidos muertos de 1,001 gramos en adelante y todas las muertes en los primeros 7 días de vida. Puede resultar ventajoso agrupar los mortinatos habidos durante el parto y las muertes en los primeros 2 días de vida y someterlos a estudio para reducir la importancia de los factores obstétricos. Agrupar una gran sección de muertes como muertes perinatales o fallos de la reproducción es ignorar las muy diferentes condiciones bajo las que ocurren y de este modo sacrificar la esperanza de comprender sus mecanismos subyacentes y conseguir unicamente una clasificación conveniente que incluso entonces no aborde el problema del fallo reproductivo (23).

A principio de siglo no existía la atención médica prenatal ni tampoco había servicios de maternidad en los distintos hospitales, lo cual motiva una morbimortalidad elevada, tanto materna como fetal y neonatal (25). Una buena medicina neonatal, como el cuidado pediátrico de calidad dependen en gran parte de técnicas preventivas (13), casi todas las causas señaladas se pueden prevenir por el control de la madre durante el embarazo, al impedir la participación de causas yatrógenas de las cuales depende un sinnúmero de casos de este problema (32), la atención de la mayoría de los embarazos, partos y recién nacidos se realiza con cuidados primarios. En los países que poseen un sistema de salud organizado esta atención se resuelve con éxito, pero entre aquellos que carecen de organización y recursos, es frecuente comprobar que la atención que se brinda no es la más apropiada (28). El criterio de trabajo es de prevención primaria, dado que hay pa

tologías tanto físicas como síquicas que surgen de la situación de embarazo, parto y puerpuerio, y pueden evitarse. Pero si bien la intención básica consiste en prevenir, tampoco se omiten otros aspectos como la cura o la rehabilitación (18).

La provisión del cuidado óptimo perinatal provisionable a toda la población llamada para efectuar un plan regional comprensivo. La intensidad del esfuerzo requería que se llevara a cabo nuevos cuidados obstétricos y del recién nacido, como preludio al establecimiento de una multitud de centros pequeños de cuidado intensivo.

El Canadá llegó a adecuar la filosofía del cuidado perinatal moderno. El Departamento Canadiense de Salud Nacional y Bienestar en 1,968 estableció que los nacimientos en hospitales sean proporcionados para asegurar que todos los recursos sean proporcionados para cuidar cualquier desviación desde lo normal que pueda poner en peligro a la madre y a su hijo. Y cuando el riesgo es alto las madres y los niños son reconocidos en sus problemas anticipadamente y esto es considerado valioso para considerar su cuidado en los hospitales, con las más apropiadas facilidades aunque esto pueda requerir referencias a otras instituciones.

En 1,976 el Comité recomendó que se desarrollaran regionalmente en lo materno y en la salud de servicios perinatales que fueron establecidos bajo el título : " de hacia mejorar el resultado del embarazo." Los abogados de una organización perinatal para cada región para planificar, inplementar un sistema de cuidados perinatales con niveles escalonados, de cuidado, de acuerdo a la complejidad de la experiencia hospitalaria regional. Estos niveles fueron descritos correspondiendo a los centros privados a la rutina que se prevea, centros especializados intermedios que se hicieron cargo de la mayor parte de la rutina y del

riesgo moderado de los embarazos, y centros terciarios que proporcionaron el más complejo intensivo cuidado.

Estas etiquetas son para proporcionar cuidado de cualidad uniforme, pero al mismo tiempo de una complejidad gradual.

Los varios niveles son relacionados con una mutuamente diseñada y al mismo tiempo aceptado sistema de educación profesional, comunicación y transporte, en conjunto con la comunidad más amplia para trabajar hacia la distribución racional de los costos del cuidado y la provisión de recursos adecuadas (5).

En una inspección realizada, reportada por el colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, se cree que el planteamiento regional del cuidado perinatal habrá de mejorar el promedio de morbilidad y mortalidad perinatal. Es generalmente creído que el transporte antenatal del paciente de alto riesgo a un centro perinatal regional puede llevar a un decrecimiento de la morbilidad y mortalidad perinatal (17), los infantes quienes tienen condiciones que lleven consigo una razonable esfera de alta morbilidad o mortalidad deben ser transportados o entregados a hospitales que mantegan los recursos necesarios para el diagnóstico de estas condiciones (tercer nivel).

Paradogicamente la facilidad creciente y cuidados intensivos centralizados y transportes eficientes maternales y neonatales han aumentado las capacidades de los hospitales de munidad para cuidar, los riesgos no esperados en algunos casos las complicaciones , esperadas del cuidado perinatal (7).

Regionalización de Cuidados Perinatales; Obstétricos y Neonatales :

Nivel I : Atención de madres e hijos sin complicaciones . Se

deben tener recursos para dar servicios de emergencia en caso requerido.

En nuestra ciudad podrían ser las llamadas " Maternidades Cantonales ".

Nivel II : Atención a pacientes perinatales sin complicaciones, pero podrían darse a algunas pacientes con complicaciones, las que se pudieran manejar de acuerdo a sus recursos.

Nivel III : Debe brindar servicio completo de cuidado intensivo y neonatales, incluyendo aquellos casos especiales que requieran una unidad especializada (8).

La perinatología como nueva rama de las ciencias de la salud, se ocupa de un amplio campo médico que comprende el proceso reproductivo centrado en el nacimiento, interesándose por el crecimiento y desarrollo humano y los factores que lo gobiernan y modifican.

Aunque con características propias, toma prestado y engloba enriqueciéndolos, conocimientos de gineco-obstetricia, neonatología, pediatría y salud pública fundamentalmente, además de genética, embriología , fisiología, patología, farmacología, nutrición, psicología y socio-demografía entre otros. Con esta concepción se agrupan profesionales de distintas formaciones y actividades para constituir un equipo multidisciplinario que se impone la tarea común de lograr que el embarazo se produzca y evolucione en las mejores condiciones biofísicas y psicológicas, y que el producto de la concepción crezca y se desarrolle intraútero en un entorno favorable.

Como propósito fundamental es reducido al mínimo los riesgos del nacimiento, estudia los factores que lo determinan, las condiciones que lo previenen o corrigen, y los efectos alejados de las noxas y de los tratamientos. El proceso reproductivo representa una etapa de intensas modificaciones para la madre y mucho más para el feto que lo convierten en vulnerable a las agresiones, que fácilmente ponen en riesgo la vida o la lesionan para siempre (9).

El retardo intrauterino de recién nacido de mujeres que fuman cigarrillos durante el embarazo ha sido bien documentado. Se sugirió que la obesidad materna contrabalanceaba el crecimiento retardado de fumador en el feto. El peso al nacer de los recién nacidos de madres fumadoras con sobre peso es mayor que aquellos de fumadores con sobre peso es mayor que aquellos de fumadoras en general y similar a los pesos al nacer de las no fumadoras. A pesar de todo el fumar no tiene un efecto retardatorio en el crecimiento del feto en madres con sobre peso (16).

Las infecciones en el período perinatal son de todo el mundo una causa importante de morbilidad y mortalidad entre los recién nacidos. Las manifestaciones clínicas de las infecciones perinatales son alarmantes. Incluyen el retardo del crecimiento fetal, embriopatías, afección del sistema nervioso central, incapacidades perceptivas y cognoscitivas y disfunsión inmunitaria (20), las infecciones más frecuentes que presenta el niño en esta etapa de la vida e inclusos se abordarán en forma general algunas infecciones que se inicia en la etapa gestacional.

Para tratar este tema es necesario incluir en su totalidad al período perinatal, que, como se sabe comprende desde la etapa inicial del huevo fecundado hasta el primer mes de vida intrauterina del producto. Es grande el riesgo si durante los primeros 3 o 4 meses de gestación se presenta una infección, ya sea del feto o de la madre, pues puede traducirse en procesos patológicos que posiblemente causen malformaciones, abortos o muerte.

Según la Organización Mundial de la Salud, la mortalidad neonatal es de 26.5 por cada 1,000 nacidos vivos, debido en más de su tercera parte a procesos infecciosos, lo que resulta en 10.7 fallecimientos por cada 1,000 nacidos vivos. Cinco de las diez primeras causas son enfermedades infecciosas que explican el 47.3 por 100 del total de las defunciones en el recién nacido.

El prematuro con bajo peso por su estado, tiene mayor predisposición a la mortalidad, pues en el se presentan dos y media veces más las infecciones y la mortalidad tiene una tasa diez veces mayor.

En relación con el prematuro en el medio hospitalario algunos autores consideran que el 70 por 100 adquiere algún proceso infeccioso durante su estancia, y otros consideran que "de cada 10, en promedio siete la adquiere". La localización mas frecuente son los aparatos digestivo y respiratorio y de su ataque depende mas de la mitad de la mortalidad (33).

Los agentes envueltos, estos son aquellos discutidos aqui porque son de interés mayor general, que incluyen la rubeola, citomegalovirus, herpes simple (HSV), hepatitis B viral, toxoplasma gondii. Otras infecciones tales como la tuberculosis, malaria, tripanosómiasis y sifilis, que causan persistentemente infecciones en la madre embarazada y en el recién nacido.

La incidencia de estas infecciones tal como son consideradas por medio de datos de laboratorio, de la madre y feto. La total incidencia de la infección maternal activa causada por estos agentes aproximadamente el 14% es singularmente impresionante. Hasta ahora la mas común es citomegalovirus como infección que ocurre aproximadamente 13% (que son 3 al 15% de los embarazos).

La mas alta frecuencia se obtiene en poblaciones de bajos ingresos

económicos con citomegalovirus y herpes simple que parece ser de los otros agentes y las madres jóvenes infectadas son las más frecuentes; las otras infecciones maternales puestas en lista en orden decreciente son : La rubeola epidémica, que va de 2-4%, herpes simple de 1-1.5%, toxoplasmosis 0-0.64%, rubeola interepidémica 0.1% y hepatitis B 0.05-0.1%.

Sifilis prenatal es una enfermedad infeccioso crónica, adquirida in utero y transmitida a través de la placenta, de la madre al feto (33). De los nacimientos vivos seguidos en orden por la rubeola epidémica de 0.4-3%, toxoplasmosis de 0.08 a 0.1%, rubeola interepidémica 0.05% y hepatitis B 0.01-0.3%. Al igual en sus contrapartes maternales las infecciones intrauterinas son más pronto inaparentes clinicamente en la infancia aunque aguda y algunas veces enfermedades letales que ocurren más comúnmente en el feto y en el recién nacido. Aunque la proporción de los niños infectados con efermedades es baja, la salud pública en su significación de esta variedad de infecciones es apreciablemente dada por alta incidencia de citomegalovirus, como infecciosas, también aparece una tendencia para una forma severa que causa daños permanentes y devastadores al cerebro y a los órganos perceptivos.(1).

Después de un prolongado estudio de literatura pertinente llegamos a la conclusión de que el virus que con mayor probabilidad está implicado en la etiopatogenia de la púrpura trombocitopénica del lactante menor es el citomegalovirus. Nos basamos en los siguientes hechos :

1.- Alta incidencia de infección materna en medio socioeconómico bajo, evidenciado por el título de anticuerpo y por la presencia del virus en el cuello uterino.

2.- Frecuente reactivación de la infección en el último trimestre del embarazo y comprobada excreción del virus a través

de la leche materna.

3. La infección congénita se ha detectado por la excreción urinaria del virus entre el 0.05% y 2% de los recién nacidos, siendo el 95% asintomáticos o subclínicos. La importancia que ha adquirido la infección inaparente por este virus es tal, que en una publicación muy reciente los autores estiman que es un problema mayor en salud pública. A los casos asintomáticos se agregan los subclínicos y oligosintomáticos y poco específicos, que pueden presentar solo fiebre con transaminasas elevadas, retardo del crecimiento, hepatosplenomegalia, daño neurológico, hepatitis, gastroenteritis, de bronquitis hasta neumonitis, intersticial, síndrome mononucleósico espontáneo o postransfucional, anemia hemolítica inmune y púrpura trombocitopénica (30), con citomegalovirus pueden infectar a sus hijos en forma sucesiva presentando estos diferentes cuadros clínicos y aumentando la frecuencia de los abortos espontáneos (30).

Las manifestaciones clínicas en la toxoplasmosis congénita dependerán del momento de instalación de la enfermedad durante el embarazo. Si se presenta al inicio del embarazo, esto puede ocasionar abortos frecuentes, fetos con malformaciones congénitas, que impidan su viabilidad o en ocasiones se presentan productos con malformaciones congénitas que son viables y otras veces, son productos que están aparentemente normales.

Si la enfermedad se instala al final del embarazo los signos clínicos que se presentan en las primeras semanas de vida constituyen un serio problema diagnóstico y su estudio y manejo se retrasan ocasionando complicaciones fatales (2).

La trombocitopenia con las infecciones neonatales es una complicación frecuente en los neonatos que presentaron una infección

desde la vida fetal. La enfermedad por inclusión citomegálica congénita, la toxoplasmosis, la rubeola, la sífilis y el herpes simple, producen, de una manera característica, púrpura trombocitopénica (34).

Aunque la mujer bien nutrida queda libre de la necesidad de comer más durante el embarazo, no puede decirse lo mismo para la mujer insuficientemente alimentada. Talvés no sea necesario para ella comer por dos durante el embarazo pero debe tener la seguridad que coma por lo menos para una, lo que no hacen la mayor parte de las madres del mundo. Puede ser incluso que las madres más delgadas aún en una sociedad desarrollada, deban comer más cuando estén embarazadas, pero parece muy evidente que la suplementación nutricional de las madres insuficientemente alimentadas en una sociedad sub-desarrollada puede aumentar la tasa de crecimiento fetal.

En los últimos años, muchos estudios de suplementación, con la independencia de sus insuficiencias de diseño y ejecución, han demostrado este hecho sin grandes dudas.

Por consiguiente, en teoría debe haber un nivel umbral de la ingesta alimentaria de la madre que separa las madres cuyos fetos crecen bien de aquellas que pueden beneficiarse de la suplementación.

Por desgracia, en la práctica, distintos niveles de duro trabajo físico en el Tercer Mundo y el hábito de fumar o la presión sanguínea en el " primer mundo " conspiran con una multitud de otras variables, tales como la lactancia prolongada y los embarazos sucesivos, para confundir los cálculos. El umbral aproximado parece hallarse entre 1,500 y 1,800 Kcal por día y el factor limitante en la mayoría de las dietas parece ser el contenido energético. Con exclusión talvés de deficiencias concretas

será improbable que la suplementación por encima de ese nivel aumente la tasa de crecimiento fetal (14).

Nuevos valores culturales han ido surgiendo en las poblaciones sujetas a estos cambios, los que habrían contribuído al descenso de la práctica de la lactancia materna en el mundo. En estos países subdesarrollados se han ido formando cinturones de inmigrantes rur-urbanos en las ciudades, que en la prácfica constituyen la mayoría de sus habitantes. Ellos son a la vez los que más han sido afectados histoticamente, tanto por los cambios culturales como por la desnutrición y las infecciones. La OPS ha llamado la atención sobre este fenómeno, para enfrentarlos con mayor cobertura en calidad y cantidad de las acciones de salud. En un estudio realizado en Villas, Guatemala, el incremento de peso durante el embarazo y el peso al nacer fueron una función directa del consumo del suplemento calórico durante el embarazo. Además, el incremento de peso durante el embarazo influyó claramente la duración de la lactancia materna y la pérdida de peso materno durante la lactancia (22).

Estos factores biológicos presentes en la leche de mujer y ausentes de los alimentos artificiales, se traducen en menores cifras de morbimortalidad en el lactante alimentado al pecho, según lo apuntan distintos autores (24), la mayor parte de madres pueden proporcionar alimentación natural a sus recién nacidos. Es deber de todos los que conocemos esta verdad estimularlas por cualquier medio, para que puedan llevar a cabo el establecimiento de este tipo de relación con su niño (12).

El equipo de salud debe ser convencido de las bondades de la lactancia materna y conocer los factores asociados a una baja duración de la misma en la población que atiende, de modo que pueda intervenir fomentándola adecuadamente.

Esta intervención se debe realizar en cada contacto de la madre

con el equipo de salud y debe ser proporcional a la probabilidad que tenga el niño de suspender precozmente su alimentación natural (15).

MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo se realizó en el Hospital Roosevelt, servicio de Neonatología, Salas de Alto Riesgo y Recién Nacidos Normales y Servicios de Maternidad.

La muestra está compuesta por 135 pacientes, madres de los recién nacidos que se encuentran en Alto Riesgo, dichas madres se encontraban en el servicio de post-parto del Departamento de Maternidad y otras madres se detectaron cuando llegaban a visitar a su bebé en el servicio.

Se tomó también un grupo control que tuvo un número igual que la muestra, 135 pacientes. El grupo control está compuesto por las madres de los recién nacidos normales. Su dtección fue exclusivamente cuando ella se encontraba en su post-parto, pero la detección del recién nacido fue de la siguiente manera :

Cuando se tenía el libro de ingresos se observaba cual era el número más pequeño y mayor de la lista del día y tomando la tabla de números aleatorios se tomaron tres casos diarios.

Para detectar la muestra, primero se obtenían, los diagnósticos de morbilidad y mortalidad de los recién nacidos que se encontraban en el Servicio de Alto Riesgo, luego se visitaba a la madre de dicho recién nacido, se le realizó preguntas de un cuestionario previamente elaborado por el investigador, se realizaban las preguntas sin ser dirigidas pero en casos que no comprendía la madre se le dirigía un poco. El cuestionario fue llenado por el propio investigador.

Relación de morbilidad-mortalidad, Recién nacidos normales con control prenatal óptimo, control prenatal inadecuado y sin control prenatal. Número de casos y porcentajes.

	RN Normal		Morbilidad		Mortalidad		Totales:
	No.	%	No.	%	No.	%	No.
Con control prenatal óptimo $	59/95	62.10	34/95	35.79	2/95	2.10	95
Con control prenatal inadecuado &	35/64	54.69	23/64	35.94	6/64	9.37	64
Sin control prenatal	41/110	37.27	57/110	51.82	12/110	10.91	110
Total:	135		114		20		269

$: Control prenatal óptimo: = o mayor a 5 consultas

&: Control prenatal inadecuado: Menor de 5 consultas.

CUADRO No. 2

Datos Generales de madres de Recién nacidos normales, morbilidad-mortalidad. Número de casos y porcentajes.

	RN Normal		Morbilidad		Mortalidad		TOTALES
EDAD	No.	%	No.	%	No.	%	No.
Menor o = 15 años	3/5	60	2/5	40	0	0	5
16-20 años	37/71	52.11	28/71	39.44	6/71	8.45	71
21-25 años	44/79	55.70	29/79	36.71	6/79	7.59	79
26-30 años	32/69	46.38	34/69	49.27	3/69	4.35	69
31-35 años	9/25	36	13/25	52	3/25	12	25
Mayor 35 años	10/21	47.62	9/21	42.86	2/21	9.52	21
TOTALES:	135		115		20		270
ESCOLARIDAD	No.	%	No.	%	No.	%	No.
Analfabeta	32/85	37.65	44/85	51.76	9/85	10.59	85
Primaria Incompleta	34/65	52.31	22/65	33.85	9/65	13.85	65
Primaria Completa	45/75	60	30/75	40	0	0	60
Secundaria Incompleta	9/21	42.86	11/21	52.38	1/21	4.76	21
Secundaria Completa	13/20	65	6/20	30	1/20	5	20
Universidad	2/3	66.66	1/3	33.33	0	0	3
TOTALES:	135		114		20		269

CUADRO No. 2

(Continuación)

	RN Normal		Morbilidad		Mortalidad		TOTALES
ESTADO CIVIL	No.	%	No.	%	No.	%	No.
Soltera	15/40	37.50	20/40	50	5/40	12.50	40
Casada	49/82	59.76	32/82	39.02	1/82	1.22	82
Unida	71/147	48.30	62/147	42.18	14/147	9.52	147
TOTAL:	135		114		20		269

RESIDENCIA	No.	%	No.	%	No.	%	No.
Ciudad Capital	120/236	50.85	100/236	42.37	16/236	6.78	236
Cabecera Departamental	1/1	100	0	0	0	0	1
Cabecera Municipal	7/16	43.75	5/16	31.25	4/16	25	16
Finca	1/2	50	1/2	50	0	0	2
Caserio o Aldea	6/14	42.86	8/14	57.14	0	0	14
TOTALES:	135		114		20		269

CUADRO No. 3

Número de casos y porcentajes de madres de Recién nacidos normales, con morbi-mortalidad. Sin control prenatal.

PREGUNTA # 26

Porqué no tuvo control prenatal.

	RN Normal		Morbilidad		Mortalidad		TOTALES:
	No.	%	No.	%	No.	%	No.
1) No sabia	8/21	38.09	11/21	52.38	2/21	9.52	21
2) No le dió importancia	26/57	45.61	26/57	47.61	5/57	8.77	57
3) No vio ningún beneficio	1/5	20	4/5	80	0	0	5
4) No tenía tiempo	5/18	27.78	11/18	61.11	2/18	11.11	18
5) No era necesario	0	0	5/7	71.43	2/7	28.57	7
6) No quiso	1/2	50	0	0	1/2	50	2
TOTALES:	41		57		12		110

Número de casos y porcentajes de preguntas del cuestionario a Madres de Recién nacidos con Morbi-mortalidad y RN Normales que Si tuvieron Control prenatal.

PREGUNTA # 28

Cómo supo del control prenatal

	RN Normal		Morbilidad		Mortalidad		TOTALES:
	No.	%	No.	%	No.	%	No.
Por una amiga	33/64	51.56	28/64	43.75	3/64	4.69	64
Por experiencia anterior	50/81	61.73	26/81	32.10	5/81	6.17	81
por plática	9/12	75	3/12	25	0	0	12
No recuerda	2/2	100	0	0	0	0	2
TOTALES:	94		57		8		159

PREGUNTA # 32

A que edad de embarazo inició su control prenatal

	RN Normal		Morbilidad		Mortalidad		TOTALES
1er trimestre	53/93	56.99	35/93	37.63	5/93	5.37	93
2do trimestre	30/53	56.60	20/53	37.73	3/53	5.66	13
3er trimestre	11/13	84.61	2/13	15.38	0	0	13
TOTALES:	94		57		8		159

CUADRO No. 5

Número de casos y porcentajes de preguntas del cuestionario a Madres de Recién nacidos con Morbi-mortalidad y RN Normales que Si tuvieron Control prenatal.

PREGUNTA # 36

Que le dificultaba para asistir a su control prenatal

	RN NORMAL		Morbilidad		Mortalidad		TOTALES
	No.	%	No.	%	No.	%	No.
El horario inadecuado	5/12	41.67	5/12	41.67	2/12	16.66	12
Debido a la distancia	10/17	58.82	5/17	29.41	2/17	11.86	17
Retardo de atención	0	0	1/1	100	0	0	1
Nada le dificultaba	79/129	61.24	46/129	35.66	4/129	3.10	129
TOTALES:	94		57		8		159

PREGUNTA # 96

Cómo considera que fué su exámen físico

	RN Normal		Morbilidad		Mortalidad		TOTALES
	No.	%	No.	%	No.	%	No.
Muy rápido e incompleto	8/22	36.36	10/22	45.45	4/22	18.19	22
Rápido y completo	54/83	65.06	28/83	33.73	1/83	1.20	83
En tiempo suficiente y buen exámen	32/54	59.26	19/54	35.18	3/54	5.55	54
TOTALES:	94		57		8		159

CUADRO No. 6

Número de casos y porcentajes de preguntas del cuestionario a Madres de Recién nacidos con Morbi-mortalidad y RN Normales que Si tuvieron Control prenatal.

PREGUNTA # 97

Que le comentó el médico o persona que la examinó sobre su embarazo.

	RN Normal		Morbilidad		Mortalidad		TOTALES:
	No.	%	No.	%	No.	%	No.
Presentación Fetal	1/3	33.33	2/3	66.66	0	0	3
Fecha probable de parto	0	0	1/2	50	1/2	50	2
No relación entre altura uterina y UR	0	0	2/2	100	0	0	2
Que el bebé tendría problemas	0	0	3/3	100	0	0	3
Dos opciones anteriores	7/8	87.50	1/8	12.50	0	0	8
Todas	1/1	100	0	0	0	0	1
Todo marchaba bien	80/131	61.07	46/131	35.11	5/131	3.82	131
No le comentó nada	5/8	62.50	2/8	25	1/8	12.50	8
No recuerda	0	0	0	0	1/1	100	1
TOTALES:	94		57		8		159

CUADRO No. 7

Número de casos y porcentajes de preguntas del cuestionario a Madres de Recién nacidos con Morbi-mortalidad y Recién nacidos normales que Si tuvieron Control prenatal.

PREGUNTA # 98

Se le solicitó algunos exámenes duránte la primera consulta

	RN Normal		Morbilidad		Mortalidad		TOTALES:
	No.	%	No.	%	No.	%	No.
SI	82/138	59.42	49/138	35.51	7/138	5.07	138
No	12/21	57.14	8/21	38.09	1/21	4.76	21
TOTALES:	94		57		8		159

CUALES

		RN Normal		Morbilidad		Mortalidad		TOTALES:
		No.	%	No.	%	No.	%	No.
Hematología:	SI	78/122	63.93	44/122	36.06	0	0	122
	NO	4/16	25	6/16	31.25	7/16	43.75	16
TOTALES		82		49		7		138
Heces:	SI	80/122	65.57	42/122	34.43	0	0	122
	NO	2/16	12.50	7/16	43.75	7/16	43.75	16
		82		49		7		138

CUADRO No. 8

(Continuación)

		RN Normal		Morbilidad		Mortalidad		TOTALES:
		No	%	No.	%	No.	%	No.
Orina;	SI	81/126	64.28	45/126	35.71	0	0	126
	NO	1/12	8.33	4/12	33.33	7/12	58.33	12
TOTALES:		82		49		7		138
Glicemia:	SI	42/78	53.85	33/78	42.30	3/78	3.85	78
	NO	40/60	66.66	16/60	26.66	4/40	6.66	60
TOTALES		82		49		7		138
VDRL:	SI	43/83	51.81	36/83	43.37	4/83	4.81	83
	NO	39/55	70.91	13/55	23.64	3/55	5.45	55
TOTALES:		82/138	59.42	49/138	35.51	7/138	5.07	138
Grupo Rh:	SI	61/101	60.38	35/101	34.65	5/101	4.95	101
	NO	21/37	56.76	14/37	37.84	2/37	5.40	37
TOTALES:		82		49		7		138

CUADRO No. 9

Número de casos y porcentajes de preguntas del cuestionario a Madres de Recién nacidos con Morbi-mortalidad y Recién nacidos normales que Si tuvieron Control prenatal.

PREGUNTA # 106

Le dió algún diagnóstico el médico

	RN Normal		Morbilidad		Mortalidad		TOTALES
	No.	%	No.	%	No.	%	No.
SI	10/26	38.46	16/26	61.54	0	0	26
NO	84/133	63.16	41/133	30.83	8/133	6.01	133
TOTALES:	94		57		8		159

PREGUNTA # 108

Le dió algún tratamiento

	RN Normal		Morbilidad		Mortalidad		TOTALES:
	No.	%	No.	%	No.	%	No.
SI	75/129	58.14	48/129	37.21	6/129	4.65	129
NO	19/30	63.33	9/30	30	2/30	6.66	30
TOTALES:	94		57		8		159

Número de casos y porcentajes de preguntas del cuestionario a Madres de Recién nacidos con Morbi-mortalidad y Recién nacidos normales que Si tuvieron Control prenatal.

RECONSULTA

PREGUNTA # 122 (En que consistió el exámen físico)

	RN Normal		Morbilidad		Mortalidad		TOTALES:
	No.	%	No.	%	No.	%	No.
Se realizó un exámen físico cómo el primero	1/2	50	1/2	50	0	0	2
Se limitó al abdomen exclusivamente	68/112	60.71	37/112	33.03	7/112	6.25	112
Se tomarón signos vitales: talla, peso, un examen físico completo	19/36	52.77	17/36	47.22	0	0	36
TOTALES:	88		55		7		150

PREGUNTA # 123

Le comentó el resultado de los laboratorios

	RN Normal		Morbilidad		Mortalidad		TOTALES:
	No.	%	No.	%	No.	%	No.
SI	63/107	58.88	40/107	37.38	4/107	3.74	107
NO	25/43	58.14	15/43	34.88	3/43	6.97	43
TOTALES:	88		55		7		150

Número de casos y porcentajes de preguntas del cuestionario a Madres de Recién nacidos con Morbi-mortalidad y Recién nacidos normales que Si tuvieron Control prenatal.

PREGUNTA # 133

Le comentó como marchaba su embarazo

	RN Normal		Morbilidad		Mortalidad		TOTALES:
	No.	%	No.	%	No.	%	No.
SI	84/144	58.33	55/144	38.19	5/144	3.47	144
NO	4/6	66.66	0	0	2/6	33.33	6
TOTALES:	88		55		7		150

QUE LE DIJO:

	RN normal		Morbilidad		Mortalidad		TOTALES:
	No.	%	No.	%	No.	%	No.
134. Que su bebé tendría problemas al nacer	0	0	3/5	60	2/5	40	5
135. que hiba a tener un parto dificil probablemente	2/6	33.33	2/6	33.33	2/6	33.33	6
136. Que todo marchaba bien	80/133	60.15	50/133	37.59	3/133	2.55	133
137. No le comentó nada	6/8	75	0	0	2/8	25	8
TOTALES:	88		55		9		152

Número de casos y porcentajes de preguntas del cuestionario a Madres de Recien nacidos con Morbi-mortalidad y Recién nacidos normales que SI tuvieron Control prenatal.

QUE RECOMENDACIONES LE DIO:

	RN Normal		Morbilidad		Mortalidad		TOTALES:
	No.	%	No.	%	No.	%	No.
138. De la alimentación durante el embarazo	66/114	57.89	43/114	37.72	5/114	4.38	114
139. Ejercicios durante el embarazo	55/92	59.78	35/92	38.04	2/92	2.17	92
140. De los medicamentos que no debía ingerir durante el embarazo	65/106	61.32	38/106	35.85	3/106	2.83	106
141. Sobre los signos del trabajo de parto	38/67	56.72	27/67	40.30	2/67	2.98	67
142. Sobre la importancia de la lactancia materna	69/113	61.06	41/113	36.28	3/113	2.65	113
143. De planificación familiar	55/88	62.50	30/88	34.09	3/88	3.41	88
144. No recuerda							
145. No le dió ninguna recomendación	0	0	1/1	100	0	0	1
TOTALES:	348		215		18		581

Número de casos y porcentajes de preguntas del cuestionario a Madres de Recién nacidos con Morbi-mortalidad y Recién nacidos normales que SI tuvieron control prenatal.

CREE QUE LE SIRVIO TENER CONTROL PRENATAL.

	RN Normal		Morbilidad		Mortalidad		TOTALES
	No.	%	No.	%	No.	%	No.
SI	81/136	59.56	50/136	36.76	5/136	3.68	136
NO	7/14	50	5/14	35.71	2/14	14.28	14
TOTALES:	88		55		7		150

CUADRO No. 1

	Mortalidad		
	+	-	
Control prenatal inadecuado	6	35	41
Control prenatal óptimo	2	59	61
	8	94	102

X^2 : 4.37
RR : 5.05
IC : 1.10-23.09

CUADRO No. 2

	Morbilidad		
	+	-	
Sin control prenatal	57	41	98
Con control prenatal	34	59	93
	91	100	191

X^2 : : 8.92
RR : 2.41
IC : 1.35-4.29

CUADRO No. 3

	Mortalidad		
	+	-	
Sin control prenatal	12	41	53
Con control prenatal	2	59	61
	14	100	114

X^2 : 9.87
RR : 8.63
IC : 2.24-33.13

CUADRO No. 4

	Mortalidad +	Mortalidad -	
Soltera	5	15	20
Casada	1	49	50
	6	64	70

X^2 : 9.64
RR : 16.33
IC : 2.80-95.22

CUADRO No. 5

	Mortalidad +	Mortalidad -	
Unida	14	71	81
Casada	1	49	50
	15	120	135

X^2 : 6.67
RR : 9.66
IC : 1.72-53.99

CUADRO No. 6

	Mortalidad +	Mortalidad -	
Rápido incompleto	4	8	12
Buen examen físico	3	32	35
	7	40	47

X^2 : 4.32
RR : 5.33
IC : 1.10-25.84

X^2 : Chi cuadrado
RR : Riesgo Relativo
IC : Intervalo de confianza

ANALISIS Y DISCUSION

Cuadro No. 1 :

En este cuadro tenemos a las madres que tuvieron control prenatal adecuado, inadecuado y sin control prenatal, encontramos lo siguiente : que fue el grupo de las madres de los recién nacidos normales los que recibieron en mayor porcentaje (62.10%) Un control prenatal adecuado y que las madres de los recién nacidos que presentaron morbilidad presetaron un mayor porcentaje que no tuvieron control prenatal (51.82%), al igual que el grupo de madres de recién nacidos que presentaron mortalidad - (10.91%).

Con estos resultados se puede analizar que las madres que no reciben control prenatal son aquellas que tienen mayor probabilidad de que sus recién nacidos presenten morbilidad o mortalidad en el período prenatal temprano.

Se sacó factor de riesgo al grupo de madres que tuvieron control prenatal inadecuado (menos de cinco visitas) y las que no tuvieron control prenatal, se observó lo siguiente que las madres - que tuvieron control prenatal inadecuado tienen un factor de - riesgo en presentar mortalidad, ya que presenta una diferencia estadísticamente significativa (X^2 : 4.37, RR: 5.05 con IC:1.10-

23.09) . El bajo uso del control prenatal contribuyó a una alta incidencia de mortalidad perinatal y neonatal (19).

Aquellas madres que no tuvieron control prenatal tienen mayor riesgo de presentar morbilidad y mortalidad ya que en ambas se observó una diferencia estadisticamente significativa : morbilidad (X^2 : 8.92, RR : 2.41 con IC : 1.35-4.29), mortalidad (X^2: 9.87, RR : 8.63 con IC : 2.24-33.13). Lo que significa que no tener control prenatal es un factor de riesgo para presentar daño a la salud.

Se han realizado numerosos estudios tanto en países desarrollados como en países en vias de desarrollo, tratando de demostrar la relación del control prenatal con el nacimiento del niño y han concluído que la presencia o ausencia de un control - prenatal temprano y adecuado está estrechamente relacionado a la forma de terminación del embarazo (19).

Cuadro No. 2 :

En este cuadro tenemos edad de todas las madres; aquí podemos - deducir quienes asistieron o no a su control prenatal dependiendo de su edad.

Las madres menores o igual a 15 años tienen un total de cinco pacientes, tres son madres de recién nacidos normales y dos de recién nacidos con morbilidad. Es probable que las adolecentes utilicen el aborto más frecuentemente cuando se hace el diagnóstico temprano de embarazo y existen grandes variaciones en el cuidado dependiendo del lugar de residencia (27).

En casi todos los intervalos de edad fueron mayores en madres de recién nacido normal, menos en la edad de 31 a 35 años en que encontró morbilidad.

En lo que se refiere a las mujeres menores de 20 años se cree por muchos que la falta de cuidados prenatales en esta población llegan a tener el 26% de niños de bajo peso al momento del naciçimiento, ya que muchachas menores de 20 años y mujeres de 45 años son las menos frecuentes entre todas las edades para iniciar el cuidado prenatal (27).

Escolaridad :

El porcentaje más alto en madres que tuvieron recién nacidos normales fue Universidad (66.66%), mientras que madres de recién nacidos con morbilidad el más alto porcentaje correspondió a Secundaria Incompleta (52.38%) seguido de analfabeta (51.76%) y mortalidad el más alto porcentaje primaria incompleta (13.85%) seguido de analfabeta (10.59%). Por lo que podemos llegar a decir que fueron las madres que tienen poca escolaridad las que presentan mayores probabilidades de presentar morbi-mortalidad. Cuando no existe ningún tipo de educación es mayor la ausencia al control prenatal que la mujer con estudios Universitarios (19).

Estado Civil :

A las madres de recién nacidos con recién nacidos normales tuvieron el más alto porcentaje en casadas (59.76) mientras que madres de recién nacidos con morbilidad en solteras (50%) y en mortalidad fue solteras (12.50%).

Se sacó factor de riesgo y se encontró lo siguiente : que ser madre soltera o unida es un factor de riesgo para el recién nacido presente mortalidad, ya que se encontró en ambas una diferencia estadísticamente significativa. Madre soltera (X^2: 9.64, RR: 16.33 con IC: 2.80-95.00), madre unida (X^2: 6.67, RR:9.66 con IC: 1.72-53.99).

El estado matrimonial de la madre está relacionado a la experiencia en los cuidados prenatales, pues las madres no casadas reciben un cuidado prenatal tardío o no reciben ningún cuidado prenatal (27). La ilegitimidad constituye uno de los factores de riego reconocidos para la salud materno infantil, lo que se traduce en tasas de mortalidad perinatal e infantil más altas en los grupos de madres no casadas.

La ilegitimidad es variable en los distintos países y tienen relación directa con el nivel de desarrollo, en general es más elevado en los países en vias de desarrollo, en Guatemala en 1970 era 66% (4).

El embarazo no deseado es más frecuente en los ilegítimos y actualmente es motivo de preocupación en muchos países por las cifras que registran.

Al revisar la bibliografía existente se encuentra que las madres no casadas son más jóvenes, tienen una escolaridad más baja, no se controlan el embarazo o lo hacen en forma tardía, presentan mayor incidencia de patología en el embarazo y tienen una proporción mayor de niños de peso bajo al nacer.

Al analizar el comportamiento de las variables, nos llamó la atención la situación de la madre conviviente que se asemeja mucho en algunos aspectos es igual al de la casada.

Esto nos sugiere que, a pesar de esta unión no es reconocida legal ni socialmente, en la práctica, para los fines de salud, la conviviente podría ser considerada más próxima a la casada que a la soltera. (4).

RESIDENCIA :

Los porcentajes más importantes, en madres de recién nacidos normales son : Las madres que residen en la capital (50.85%), madres que residen en fincas (50%) mientras que las madres de recién nacidos con morbilidad presentan el más alto porcentaje con madres que viven en caseríos o aldeas (57.14%) seguido por las que viven en fincas (50%).

Se podría analizar que las madres que tuvieron recién nacidos normales tuvieron cierta facilidad para asistir a su control prenatal, mientras que aquellas madres de recién nacidos con morbilidad se les dificultaba, ya que la aldea o caserío donde ellas vivían, no había un centro de salud y se encontraban lejos para venir al hospital.

Cuadro No. 3 :

Se encuentra la pregunta, porqué no tuvo control prenatal, la madre que tuvo como producto un recién nacido normal respondió en mayor porcentaje (50%) Porque no había querido asistir, al igual que la madre que su recién nacido presentó mortalidad, pero la madre cuyo recién nacido presentó morbilidad respondió que había tenido anteriormente pero no vió ningún beneficio en su mayor porcentaje (80%).

Esto nos lleva analizar que las madres que no asistieron a control porque no quisieron , fue debido a la irresponsabilidad de la propia madre ya que al principio dicha pregunta fue hecha directamente y luego se le enumeró cada respuesta y ella insistía que no había asistido porque ella no había querido.

Ahora la madre que dijo que había tenido control prenatal anteriormente pero no está no había visto ningún beneficio, es responsabilidad del médico hacer notar la importancia del control prenatal no solamente con charlas que le dá a la madre , sino que en el transcurso de su propio control para incentivarla en el próximo embarazo, de tener control prenatal.

Al analizar la justificación que los pacientes dan para no acudir a su control prenatal. Se observa como la ignorancia o falta de información sobre el control prenatal y sus beneficios está presente en más del 50% de las mismas (19).

Cuadro No. 4 :

Presenta la pregunta como supo del control prenatal, dicha pregunta que se le realizó a la madre que tuvo control prenatal.

Todas las respuestas dadas por la madre de recién nacidos normales presentaron los mayores porcentajes : por una amiga (51.56%) por experiencia anterior (61.73%) por plática (75%), esto demuestra porque fue esta madre la que en mayor número asistió a su control prenatal y por tal situación obtuvo un recién nacido normal, cosa contraria sucedió con la madre del recién nacido que presentó mortalidad, no solo obtuvo los porcentajes más bajos sino que además no presentó un solo caso que se habría enterado por una plática.

Lo importante es que en ningún grupo, la madre supo del control prenatal por la radio o televisión, los cuales son órganos de difusión que llegan facilmente a la comunidad.

Luego tenemos la pregunta. A qué edad inició su control prenatal; la madre del recién nacido normal tiene que en el primer trimestre presentá el mayor porcentaje (56.99%), al igual que en el segundo trimestre (56.60%). y en el tercer trimestre (84.61%).

En esta pregunta se podría analizar que la madre que asiste tempranamente a su control prenatal tiene mayor provabilidad de obtener un recién nacido normal.

Por otro lado se ha reportado que un buen control prenatal elimina la influencia de los factores sociales, educacionales y estado marital del resultado perinatal, así también que una tardía asistencia de muchas mujeres a su primera visita prenatal reduce el potencial beneficio del mismo (19).

Lo más importante en cuanto a la mujer embarazada es la captación lo más pronto posible durante el embarazo, de ser posible antes del tercer mes de edad gestacional, para así proporcionar como mínimo una consulta cada 30 días durante los primeros 7 meses, cada 15 días durante el octavo mes y semanalmente durante el noveno mes. Esta frecuencia es óptima para la mayoría de las gestantes ; si esto se cumpliera se ofrecerían doce consultas prenatales, como promedio a cada embarazada (19).

Una revisión del certificado médico promedio de los Estados Unidos, dados a los recién nacido vivos agregó dos nuevos requisitos, son : El mes en que inició control prenatal y el total de visitas. (27).

Cuadro No. 5 :

En la pregunta, qué le dificultaba para asistir a su control prenatal, dicha pregunta se le realizó a la madre que tuvo control prenatal.

El horario inadecuado respondió la madre del recién nacido normal y con morbilidad, un porcentaje del 41.67, esto sugiere que hay que tomar medidas como cambiar el horario de tal modo que beneficie al binomio madre e hijo. Debido a la distancia fue

la respuesta dada en mayor porcentaje (58.82%) por la madre del recién nacido normal , esto sugiere que esta madre fue la que más persistentemente asistió a su control prenatal a pesar de los problemas que tenía para llegar al lugar.

En la pregunta como considera que fue su examen físico; la madre del recién nacido con morbilidad respondió en mayor porcentaje (45.45%) que el examen físico había sido rápido e incompleto, luego en la siguiente respuesta dijo la madre del recién nacido normal que su examen habia sido rápido y completo (65.06%). Y en la siguiente respuesta que su examen se había realizado en tiempo suficiente y que era un buen examen (59.26%).

Dichas respuestas vienen acorde con cada grupo y el porcentaje obtenido, lo que sugiere que la paciente espera que en su control prenatal se le efectúe un buen examen físico con tiempo suficiente y sabe también cuando no es así.

Se sacó factor de riesgo y presentó el siguiente resultado; que presenta mayor riesgo de mortalidad aquel recién nacido cuya madre recibió un examen físico incompleto durante su control prenatal; ya que presenta una diferencia estadísticamente significativa (X^2 4.32, RR: 5.33 con IC : 1.10-25.84).

En resumen es importante mencionar que la primera visita prenatal proporciona una oportunidad para revisar la historia clínica de la embarazada, efectuar un buen examen físico y de laboratorio, para poder así determinar el control prenatal apropiado basado en el estado de riesgo de cada mujer durante el embarazo, así como dar la información necesaria y los suplementos alimenticios adecuados que se consideren necesarios (19).

En cuanto a la atención médica perinatal adolece de graves deficiencias en el mundo en desarrollo, siendo la más importante -

la baja cobertura que alcanzan los servicios de salud (19).

Cuadro No. 6 :

En cuanto a la pregunta, que le comentó el médico o persona que le examinó sobre el embarazo, a esto respondió la madre del recién nacido normal en mayor porcentaje (100%) en que se les habían dado todas las respuestas que situó el autor, esto quiere decir que el médico que la examinó le previno que su bebé presentaría problemas cuando naciera, seguramente esta es la causa por la cual asistió a su control prenatal y obtuvo como resultado un recién nacido normal. En madres que el recién nacido presentó morbilidad, ya se le había explicado que no existía relación entre altura uterina y última regla (100%) y además que presentaría problemas (100%), esto era de esperarse pero lo que es contradictorio es que la madre cuyo recién nacido presentó mortalidad unicamente se debió su fecha probable de parto (50%)

Cuadro No. 7 :

En la pregunta, se les solicitó algunos exámenes de laboratorio durante la primera consulta; fue la madre del grupo de recién nacido snormales la que respondió en mayor porcentaje (59.42%) que se le habían solicitado, además fue el grupo de madres a quienes en mayores porcentajes se les solicitó los siguientes laboratorios : Hematología (63.93%), Heces (65.57%), Orina (64.28%), Glicemia (53.85%) y Grupo Rh (60.38%).

Una historia obstétrica,completa, un examen físico adecuado y exámenes de laboratorio repetidos con breves intervalos aclaran mucho los factores de riesgo elevado (13.).

Cuadro No. 8 :

En la pregunta, le dió algún diagnóstico el médico, la madre cu-

yo recién nacido presentó morbilidad fue la que refirió en mayor porcentaje (61.54%) que se le había dado diagnóstico, mientras que en ninguno de los ocho casos de madres de recién nacidos que presentaron mortalidad se les dió algún diagnósti co.

Era de esperarse que a las madres de los recién nacidos con morbilidad se les diera algún diagnóstico, pero no es posible que el médico no haya detectado ninguna patología en las madres de los recién nacidos que presentaron mortalidad, Quizá no prevenir alguna patología en la madre dió como resultado la mortalidad.

En la siguiente pregunta, le dió algún tratamiento, fue la madre del recién nacido normal a la que se le dió en mayor porcentaje (58.14%) tratamiento, mientras que fue a la madre del recién nacido con mortalidad a la que se le dió en menor porcentaje (4.65% tratamiento. La causa de esto fue que dependiendo del diágnostico que se dió, de esa manera se les dió tratamiento, no sucediendo así con las madres que sus recién nacidos presentaron mortalidad ya uqe no se les dió diagnóstico pero si tratamiento.

Cuadro No. 9 :

En este cuadro se tomó la reconsulta y en esta oportunidad se preguntó a la madre en que había consistido su examen físico en esta oportunidad, la respuesta que se dió en mayor porcentaje fue que se limitó al abdomen exclusivamente (60%) en madres de RN normales. La madre del recién nacido que presentó mortalidad tiene la misma respuesta pero es la única (6.25%).

De estos resultados se podría inferir que no se realizó un buen examen físico durante la reconsulta y que fue esa entre otras razones por lo que el recién nacido de la madre que no tuvo un buen control prenatal presentó mortalidad.

La siguiente pregunta fue : Le comentó el resultado de los la-

boratorios, la madre de los recién nacidos normales contestó en mayor porcentaje (58.88%) que sí le habían dado el resultado, mientras que el porcentaje va disminuyendo en las madres cuyos recién nacidos presentaron morbilidad (37.38%) y aún más en mortalidad (3.74%).

No solo al grupo de recién nacidos con morbi-mortalidad no se les solicitó a la madre laboratorio sino que a la hora de dar los resultados son el grupo en que menos se les dió informa - ción de sus laboratorios.

Cuadro No. 10 :

Le comentó como marchaba su embarazo : El mayor porcentaje que respondió que sí, fue el grupo de las madres de los recién nacidos normales (58.33%) , el porcentaje fue disminuyendo en el grupo de madres de recién nacidos con morbilidad (38.195) y mortalidad (3.47%).

En esta oportunidad se le había dicho a las madres de los recién nacidos que presentaron morbilidad-mortalidad que presentarían problemas cuando nacieran, en la respuesta que la madre tendría un parto difícil probablemente se le dijo en igual número de casos y porcentajes a los tres grupos, dos casos (33.33%). La respuesta que todo marchaba bien pues como era de esperarse se le dió el mayor porcentaje a las madres de los recién nacidos normales (60.15%), luego en morbilidad (37.59%) y mortalidad (2.58%).

Por los resultados anteriores se puede analizar que se puede predecir cuando el recién nacido tendrá problemas cuando nazca o ayudar a prevenir.

Cuadro No. 11 :

Qué recomendaciones le dió fue la pregunta y fue el grupo de madres de recién nacidos normales a las que se les dió en todos los casos mayores recomendaciones, como : la alimentación durante el embarazo, ejercicios, de los medicamentos que no debería ingerir durante el embarazo, sobre los signos del trabajo de parto , lactancia materna, planificación familiar. Por todo lo visto anteriormente se puede decir que se obtuvo como producto un recién nacido normal, aquel cuya madre recibió una mejor orientación y se le dió importancia a su caso, que tuviera o no problemas.

La última pregunta fue : Cree que sirvió su control prenatal pues la madre que obtuvo un recién nacido normal dijo en mayor porcentaje que sí (59.56%), la madre del recién nacido con morbilidad lo dijo en un 36.76% y con mortalidad 3.68%.

Era de esperarse que la madre que tuvo como producto un recién nacido normal dijera por el mismo que su control prenatal le había servido mientras que las madres de los productos con morbilidad dijeran en menor porcentaje al igual que los recién nacidos con mortalidad que les había servido el control prenatal.

CONCLUSIONES :

1. Presentan un factor de riesgo para que se produzca mortalidad; tener control prenatal inadecuado, ser madre soltera o unida y que durante el control prenatal hubiese tenido una evaluación incompleta.

2. Presenta un factor de riesgo para que se produzca morbilidad y mortalidad: No tener control prenatal.

3. La madre que no asiste a control prenatal es porque no vió ningún beneficio o porque pensó que no era necesario.

4. La madre se entera del control prenatal por medio de una plática, por experiencia anterior o porque una amiga o familiar le habló de ello.

5. A las madres a quienes se les dió plan educacional (alimentación, ejercicios, medicamentos no indicados, trabajo de parto, planificación familiar, lactancia materna), fueron las que presentaron recién nacidos normales.

RECOMENDACIONES :

1. Las pacientes embarazadas deberían de tener control prenatal para disminuir todo riesgo, debe tener por lo menos cinco visitas al médico.

2. Concientizar a las madres solteras o unidas sobre la importancia de tener control prenatal ya que de esa manera, asistiendo evitará los riesgos.

3. Es importante no solo ampliar la cobertura del control prenatal sino mejorar la calidad del mismo.

4. Proporcionar a la madre embarazada folletos sobre el embarazo y factores de riesgo que la deban hacer buscar atención médica en caso necesario.

RESUMEN :

La atención prenatal adecuada es la que promueve salud y bienestar tanto para la madre como para el recién nacido.
El presente trabajo fue realizado en el Hospital Roosevelt en el Servicio de Alto Riesgo de Pediatría y en las Salas de Post-Parto de Maternidad, en los meses de Noviembre a Enero.
Se tiene una muestra que está representada por las madres de los recién nacidos con morbi-mortalidad que consta de 135 pacientes también se tiene un grupo control que está representado por las madres de los recién nacidos normales, tiene un número identico al de la muestra. En ambos grupos se observó quienes eran las que tenían o no control prenatal y a la vez conocer las variables que modificaban en un momento dado la salud del recién nacido, esta información recabada por medio de un cuestionario, de esta manera se determinó cuales eran los factores de riesgo tanto como morbi-mortalidad, luego se utilizó métodos estadísticos tales como el Chi Cuadrado, Riesgo Relativo e Intervalo de Confianza para saber cuales eran los factores de riesgo que intervenían.
Dichos resultados dicen lo siguiente : Que las madres que presentan mayor riesgo de que su bebé tenga morbi-mortalidad son aquellas que no buscan ayuda médica durante el embarazo.
Que los recién nacidos que presentan mayor riesgo de presentar mortalidad son aquellos en que la madre no recibió un control prenatal adecuado (menos de cinco visitas al médico), ser madres solteras o unidas, que durante el transcurso de su embarazo no se le hubiese efectuado un examen físico completo.
Por lo que se piensa que se debería de aumentar la cobertura del control prenata y la calidad de este.

RERERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alford Ch. A. et al. Epidemiology of chronic congenital and perinatal infections of man. Clinics in Perinatology 1981 Oct; 8(4):397-414

Avila V. et al. Mielitis toxoplásmica aguda en recién nacidos. Bol Med Hosp Mex 1979 Sep-Oct; 36(5):885-892

Barranco C. et al. Recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento; análisis de mortalidad. Revista Chilena de Pediatría 1981 Sep-Oct; 52(5):423-428

Barría C. et al. Características del embarazo, parto y período neonatal precoz según legitimidad. Revista Chilena de Pediatría 1982 Nov-Dic; 53(6):589-595

Belton H. and P. Meyer. Regional care for mother and their infants. Clinics in Perinatology 1980 Mar; 7(1):205-218

Bonatto M. et al. Retraso mental consecuencia de problema perinatal. Guatemala Pediátrica 1983 Jan-Mar; 5(1):14-20

Brown J. L. The role of community hospital in a regional program of obstetrics and neonatal care. Clinics in Perinatology 1980 Mar; 7(1):197-207

Cabrera M. Gerardo et al. Neonatos nacidos fuera del hospital. Guatemala Pediátrica 1982 Jul-Sep; 4(3):191-197

Centro Latinoamericano de Perinatología. Que es perinatología? Salud Perinatal 1983; 1(2):9

Cerezo M. et al. El test de Apgar cómo índice de morbi-mortalidad neonatal. Guatemala Pediátrica 1982 Jul-Sep; 4(3):277-285

Cerezo M. et al. Influencia de los factores prenatales y perinatales en la etiología del recién nacido pequeño para la edad gestacional. Guatemala Pediátrica 1983 Oct-Dic; 5(4):276-286

Cossich M. Carlos et al. Algo más sobre lactancia materna. Guatemala Pediátrica 1983 Jul-Sep; 5(3):189-193

Cook N. Larry. Intrauterine recognition and management of deviant fetal growth. Pediatric Clin North Am 1977 Aug; 24(3):431-454

Dobbins, John. La nutrición materna durante el embarazo ¿comer por dos? En su: Maternal nutritions in pregnancy eating for two? Londres, Academic Press, 1981. (pp. 6-28) fotocopia

Gonzales M., Julia et al. Lactancia natural exclusiva y algunos factores asociados en consultorio periférico. Revista Chilena de Pediatría 1982 Jan-Feb; 53(1):59-65

Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
OPCA — UNIDAD DE DOCUMENTACION

Haworth J. et al. Relation of maternal cigarette smoking, and energy consumption to infant size. Am J Obstet Gynecol 1980 Dec 15; 138(8):1185-1189

Houchang D. Modanlou et al. Perinatal transport to a regional perintal center in a metropolitan area; maternal versus neonatal transport. Am J Obstet Gynecol 1980 Dec 15; 138(8): 1157-1163

Irianni, Francisco et al. Salud materno infantil; propuesta de prevensión durante el embarazo, parto y puerpuerio. Bol Of Sanit Panam 1980 Sep; 89(3):217-227

Kestler Jirón Edgar. Control prenatal en la ciudad capital de Guatemala. Guatemala, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, sf, sp. (mimiografiado)

McMurray W. David et al. La Ig M sérica cómo indicador de infección intrauterina en los recién nacidos de Colombia. Bol Of Sanit Panam 1981 Dic; 160(6):471-483

Manejo prenatal del parto prematuro. Bol Of Sanit Panam 1980 Abr; 88(4):359-360

Mardones, S. Marco histórico para el análisis de las causas del descenso en la práctica de la lactancia materna. Revista Chilena de Pediatría 1982 Nov-Dic; 53(6):607-613

Morison, J. Edgar. Patología fetal y neonatal. 3era ed. Barcelona, Editorial Pediátrica 1972: 155p

Puga Teodoro et al. Internación conjunta madre-hijo y lactancia materna. Bol Med Hosp Infant 1979 Nov-Dic; 24(6):1025-1063

Quiroga C. et al. Morbimortalidad peritoneal. Bol Med Hosp Infant 1979 Sep-Oct; 36(5):881-884

Rayburn W. et al. Coital activity and premature delivery. Am J Obstet Gynecol 1980 Aug 15; 137(8):972-974

Ryan G. et al. Prenatal care and pregnancy outcome. Am J Obstet Gynecol 1980 Aug 15; 137(8):876-881

Schwarcs Ricardo et al. Historia clínica perinatal simplifidada Bol Of Sanit Panam 1983 Aug; 95(2):163-171

Suaréz Ojeda Elbio. El enfoque de riesgo en la atención perinatal y maternoinfantil. Bol Of Sanit Panam 1982 Jun;482-492

Taoba L. Hernán et al. Purpura trombocitopénica del lactane menor causada por infección perinatal por citomegalovirus. Bol Med Hosp Infant 1979 Jul-Aug; 35(4):743-755

Torre, Rafael de la. El recién nacido de alto riesgo. En su: El cuidado intensivo del recién nacido. 2 ed. México, Interamericana, 1978? 171p. (pp. 17-22)

Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
BIBLIOTECA — UNIDAD DE DOCUMENTACION

32.- Torre, Rafael de la. Crisis convulsivas. En su; El cuidado intensivo del recién nacido. 2 ed. México, Interamericana, 1978. 171p. (pp.59-61)

33.- Torre, Rafael de la. Infecciones. En su: El cuidado intensivo del recién nacido. 2 ed. México, Interamericana, 1978. 171p. (pp.63-77)

34.- Torre, Rafael de la. Hemorragias. En su: El cuidado intensivo del recién nacido. 2 ed. México, Interamericana, 1978. 171p. (pp.82-83)

35.- Villar J. et al. Control del crecimiento fetal en zonas rurales; una alternativa para la utilización de personal no profesional. Bol Of Sanit Panam 1980 Abr; 88(4):197-263

36.- William C. Derrick y B. Jelliffe. Salud maternoinfantil de los servicios; servicios de salud para las madres. México, Manual Moderno, 1975. 155p. (pp.80-87)

Vo Bo
E. Anguiano

Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
USAC — UNIDAD DE DOCUMENTACION

DATOS DEL RECIEN NACIDO :

1. Nombre : _____ Reg. Médico : _____
2. Sexo : _____
3. Edad : _____ días
4. Apgar : Al minuto _____ 5 minuto _____

PATOLOGIA :

5. Enfermedad de membrana hialina
6. Síndrome de dificultad respiratoria
7. Hiperbilirrubinemia
8. Anomalías congénitas
9. Síndrome de aspiración de meconio
10. Hemorragia
11. Infección
12. Diagnóstico _____
13. Edad gestacional : _____
14. Fallece : _____
15. Edad del fallecido : _____ días
16. Diagnóstico Post-mortem : _____

DATOS DE LA MADRE :

17. Nombre : _____ Reg. Médico : _____
18. Dirección : _____
19. Edad : _____
20. Estado civil : _____
21. Originaria : _____
22. Residente : _____
23. Escolaridad : _____
24. Profesión : _____
25. Tuvo control prenatal : _____
26. Porqué no tuvo control prenatal : _____

27. No tuvo la oportunidad de ir por : _____
28. Cómo supo del control prenatal : _____
29. Donde tuvo su control prenatal : _____
30. Por qué consideró que se encontraba embarazada : _____
31. A qué edad de embarazo consideró iniciar su control prenatal : _____
32. A qué edad de embarazo inició su control prenatal : _____
33. A cada cuanto tiempo la citaban : _____
34. A cada cuanto tiempo asistía usted : _____
35. Que le dificultaba para asistir a su control prenatal: _____
36. A cuantas consultas asistió : _____

Preguntas propias y necesarias en un control prenatal:
Datos Generales : A estas preguntas la paciente responderá SI o NO, dependiendo si esas preguntas se le realizaron cuando ella tuvo control prenatal.

37. Edad : _____ 38.- Estado civil: _____ 39. Escolaridad: _____
40. Origen : _____ 41. Residente: _____ 42. Profesión: _____

Antecedentes Familiares :

43. Diabetes Mellitus: _____ 44. TBC pulmonar: _____
45. Sífiles : _____ 46. Anomalías congénitas: _____
47. Síndrome convulsivo: _____ 48. Generales : _____

Antecedentes Personales :

49. Tuberculosis Pulmonar Crónica : _____
50. Diabetes Mellitus: _____
51. Cardiopatías : _____ 52. Infección Urinaria: _____
53. Sífilis : _____ 54. Anemia : _____
55. Parasitismo Intestinal : _____

Quirurgicos :

56. Cirugía pélvico uterina : _____
57. Apendicectomía : _____
58. Otras : _____

Obstétricos :

59. Menarquía: _____ 60. Infertilidad : _____
61. Preeclampsia : _____ 62. Eclampsia : _____
63. Hemorragia vaginal 1er. Trimestre : _____
64. Hemorragia vaginal 2do Trimestre : _____
65. Hemorragia vaginal 3er Trimestre : _____
66. Amenaza de parto prematuro : _____
67. Gestas : _____ 68. Partos : _____ 69. Abortos : _____
70. Cesáreas : _____ 71. No. de hijos vivos : _____
72. No. de hijos muertos : _____

Hábitos :

73. Fumar : _____ 74. Ingerir bebidas alcohólicas : _____

Otras preguntas :

75. Le preguntó sobre algún problema o enfermedad padecido durante el embarazo : _____
76. Cual : _____
77. Le preguntó si estuvo hospitalizada durante el embarazo: _____
78. Porque : _____

El Médico que la examinó observó lo siguiente en el examen físico :
79. Piel : _____ 80. Cabeza : _____ 81. Ojos : _____

82. Fondo de ojo : _____ 83. Nariz : _____ 84: Boca: _____
85. Lengua : _____ 86. Dientes : _____
87. Cuello: _____ 88. Tórax : _____
89. Corazón : _____ 90. Pulmones : _____
91. Abdomen : _____ 92. Altura uterina : _____
93. Foco fetal : _____ 94. Palpación abdominal: _____
95. Tacto vaginal : _____ 96. Como considera que fué su examen físico : _____
97. Que le comentó el médico o persona que la examinó sobre su embarazo : _____
98. Se le solicitó algunos exámenes durante la primera consulta : _____

Cuales :

99. Hematología: _____
100 Heces : _____
101 Orina : _____
102 Glicemia : _____
103 VDRL : _____
104 Grupo y Rh: _____
105 Ninguno : _____
106 Le dió algún diagnóstico el médico : _____
107 Cual : _____
108 Le dió algún tratamiento el médico : _____
109 Cual : _____

RECONSULTA :

110 Qué edad de embarazo tenía : _____ semanas
111 Número de consulta : _____
112 Qué preguntó el Médico : _____

Qué síntomas refirió usted :

113 Que presentaba vómitos : _____
114 Que presentaba constipación : _____
115 Que presentaba insomnio : _____
116 Que presentaba calambres : _____
117 Que presentaba polaquiuria : _____
118 Que presentaba hemorragia vaginal : _____
119 Que presentaba cefaleas trastornos visuales, zumbidos, epistaxis : _____
120 Que se encontraba bien : _____
121 No refirió nada porque no se le preguntó : _____
122 En qué consistió el examen : _____
123 Le comentó el resultado de los laboratorios : _____
124 Le dió algún diagnóstico en esa oportunidad : _____
125 Cual : _____
126 Que tratamiento le dió en esa oportunidad : _____

Qué nuevos exámenes pidió :

127 VDRL : _____
128 FTA : _____
129 TORCH : _____
130 Placa de abdomen : _____
131 Ninguno : _____
132 Otros : _____
133 Le comentó como marchaba su embarazo : _____

Qué le dijo :

134 Que su bebé tendría problemas al nacer : _____
135 Que iba a tener un parto difícil probablemente : _____
136 Que todo estaba marchando bien : _____

137 No le comentó nada : _____

Qué recomendaciones le dió :

138 De la alimentación durante el embarazo : _____
139 Ejercicios durante el embarazo : _____
140 De los medicamentos que no debía ingerir durante el embarazo : _____
141 Sobre los signos de trabajo de parto : _____
142 Sobre la importancia de la lactancia materna : _____
143 De planificación familiar : _____
144 No recuerda : _____
145 No le dió ninguna recomendación _____
146 Cree que le sirvió tener control prenatal : _____

GUIA DEL CUESTIONARIO

1. Nombre
2. Sexo
3. Edad (días)
4. Apgar : Al Minuto _____ 5 Minutos _____

Patología :

5. Enfermedad de membrana hialina
6. Síndrome de dificultad respiratoria
7. Hiperbilirrubinemia
8. Anomalías congénitas
9. Síndrome de aspiración de meconio
10 Hemorragia
11 Infección
12 Diagnóstico
13 Edad gestacional
14 Fallece : 1- SI 2- NO
15 Edad del fallecido (días)
16 Diagnóstico post-mortem

DATOS DE LA MADRE :

17 Nombre
18 Dirección
19 Edad (años)
20 Estado civil :
1) Soltera
2) Casada
3) Unida
4) Viuda
5) Divorciada ó Separada

21 Originaria
1) Ciudad capital

2) Cabecera Deptal.
3) Cabecera Mpal.
4) Finca
5) Caserío o Aldea

22 Residente
1) Ciudad Capital
2) Cabecera Deptal.
3) Cabecera Mpal.
4) Finca
5) Caserío o Aldea

23 Escolaridad
1) Analfabeta
2) Alfabeta
3) Primaria-primero
4) Primaria-segundo
5) Primaria-tercero
6) Primaria-cuarto
7) Primaria-quinto
8) Primaria-sexto
9) Secundaria-primero
10 Secundaria-segundo
11 Secundaria-tercero
12 Secundaria-cuarto
13 Secundaria-quinto
14 Secundaria-sexto
15 Universidad-primero
16 Universidad-segundo
17 Universidad-tercero
18 Universidad-cuarto
19 Universidad-quinto
20 Universidad-sexto

24 Profesión :
1) Ama de casa
2) Ama de casa asalariada
3) Secretaria
4) Costurera
5) Obrera
6) Profesional

Tuvo control prenatal: 1) SI 2) NO

Porque no tuvo control prenatal :
1) Porque no sabía del control prenatal.
2) Sabía del control prenatal, pero no le dió importancia.
3) Tuvo anteriormente, pero no vió ningún beneficio.
4) No tenía tiempo
5) Pensó que no era necesario
6) No quiso

7 No tuvo la oportunidad de ir por :
1) No tenía con quien dejar a los niños
2) No había quien la acompañara a la consulta
3) Porque en donde el médico daba consulta se encontraba muy lejos de su casa.

28 Como supo del control prenatal :
1) Por la radio
2) Por la televisión
3) Por una amiga
4) Por experiencia anterior
5) Por plática
6) No recuerda

29 Donde tuvo su control prenatal :
1) Hospital público
2) Hospital privado
3) Centro de Salud
4) Médico particular general
5) Médico particular especializado
6) Promotor en Salud
7) Comadrona

30 Porque consideró que se encontraba embarazada :

1) Por el atraso menstrual
2) Por diagnóstico de Médico
3) Realizó pruebas de embarazo en casa

31 A qué edad de embarazo consideró iniciar su control prenatal:

1) Un mes
2) Dos meses
3) Tres meses
4) Cuatro meses
5) Cinco meses
6) Seis meses
7) Siete meses
8) Ocho meses
9) Nueve meses

32 A que edad de embarazo inició su control prenatal:

1) Un mes
2) Dos meses
3) Tres meses
4) Cuatro meses
5) Cinco meses
6) Seis meses
7) Siete meses
8) Ocho meses
9) Nueve meses

33 A cada cuanto tiempo la citaban :

1) Cada semana
2) Cada dos semanas
3) Cada mes
4) Cada dos meses
5) Cada tres meses

34 A cada cuanto tiempo asistía usted : _____ semanas

35 A cuantas consultas asistió : _____

36 Qué le dificultaba para asistir a su control prenatal :

1) El horario inadecuado
2) Debido a la distancia
3) Retardo de atención
4) Mala atención
5) Nada le dificultaba

		1) SI	2) NO
37	Edad		
38	Estado Civil		
39	Escolaridad		
40	Origen		
41	Residente		
42	Profesión		
43	Diabetes Mellitus		
44	TBC pulmonar		
45	Sífilis		
46	Anomalías congénitas		
47	Síndrome convulsivo		
48	Gemelares		
49	Tuberculosis Pulmonar crónica		
50	Diabetes Mellitus		
51	Cardiopatias		
52	Infección Urinaria		
53	Sífilis		
54	Anemia		
55	Parasitismo intestinal		
56	Cirugia Pélvico Uterina		
57	Apendicectomía		
58	Otras		
59	Menarquia		
60	Infertilidad		
61	Preclampsia		
62	Eclampsia		

		1) SI	2) NO
63	Hemorragia vaginal 1er. Trim.	.....	.....
64	Hemorragia vaginal 2do Trim.	.....	.....
65	Hemorragia vaginal 3er. Trim.	.....	.....
66	Amenaza de parto prematuro	.....	.....
67	Gestas	.....	.....
68	Partos	.....	.....
69	Abortos	.....	.....
70	Cesáreas	.....	.....
71	No. de hijos vivos	.....	.....
72	No. de hijos muertos	.....	.....
73	Fumar	.....	.....
74	Ingerir bebidas alcohólicas	.....	.....
75	Le preguntó sobre algún problema o enfermedad padecido durante el embarazo :	.....	.....

76 Cual : _____

		SI	NO
77	Le preguntó si estuvo hospitalizada durante el embarazo :		

78 Porque : _____

79	Piel	.....	.....
80	Cabeza	.....	.....
81	Ojos	.....	.....
82	Fondo de ojo	.....	.....
83	Nariz	.....	.....
84	Boca	.....	.....
85	Lengua	.....	.....
86	Dientes	.....	.....
87	Cuello	.....	.....
88	Tórax	.....	.....
89	Corazón	.....	.....
90	Pulmones	.....	.....
91	Abdomen	.....	.....
92	Altura uterina	.....	.....

		1) SI	2) NO
93	Foco Fetal	.....	.....
94	Palpación abdominal	.....	.....
95	Tacto Vaginal	.....	.....

96 Como considera que fue su examen físico :
1) Muy rápido e incompleto
2) Rápido y completo
3) En tiempo suficiente y buen examen.

97 Que le comentó el médico o persona que le examinó sobre su embarazo :
1) Presentación fetal
2) Fecha probable de parto
3) No relación entre altura Uterina y última regla
4) Que el bebé tendría problemas cuando naciera
5) Dos opciones anteriores
6) Tres opciones anteriores
7) Todas
8) Que todo marchaba bien, normal.
9) No le comentó nada
10 No recuerda

98 Se le solicitó algunos examenes de laboratorio durante la primera consulta :

		1) SI	2) NO
	Cuales :		
99	Hematología	.....	.....
100	Heces	.....	.....
101	Orina	.....	.....
102	Glicemia	.....	.....
103	VDRL	.....	.....
104	Grupo y Rh	.....	.....
105	Ninguno		

106 Le dió algún diagnóstico el Médico:
1) SI 2) NO

107 Cual : _____

108 Le dió algún tratamiento :
1) SI 2) NO

109 Cual : _____

RECONSULTAS :

110 Qué edad de embarazo tenía : _____

111 Número de Consultas : _____

112 Qué preguntó el Médico :
1) Si presentaba vómitos
2) Si presentaba constipación
3) Si presentaba insomnio
4) Si presentaba parestesias o calambres
5) Si presentaba polaquiuria
6) Si presentaba hemorragia vaginal
7) Si presentaba cefaleas, trastornos visuales, zumbidos, epistaxis.
8) Dos opciones anteriores
9) Tres opciones anteriores
10 Cuatro opciones anteriores
11 Cinco opciones anteriores
12 Seis opciones anteriores
13 Preguntó todo lo anterior
14 Ninguna

Que refirió usted :

	1) SI	2) NO
113 Que presentaba vómitos	''' ''''	''' '''''
114 Que presentaba constipación	''' ''''	''' '''''
115 Que presentaba insomnio	''' ''''	''' '''''

	1) SI	2) NO
116 Que presentaba calambres	''' ''''	''' '''''
117 Que presentaba polaquiuria	''' ''''	''' '''''
118 Que presentaba hemorragia vaginal	''' ''''	''' '''''
119 Que presentaba cefaleas trastornos visuales, zumbidos, epistaxis	''' ''''	''' '''''
120 Que se encontraba bien	''' ''''	''' '''''
121 No refirió nada porque no se le preguntó	''' ''''	''' '''''

122 En qué consistió el examen :
1) Se realizó un examen físico como el primero
2) Se limitó al abdomen exclusivamente
3) Se tomaron signos vitales talla, peso, un examen físico completo.

123 Le comentó el resultado de los laboratorios
1) SI 2) NO

124 Le dió algún diagnóstico en esa oportunidad :
1) SI 2) NO

125 Cual : _____

126 Qué tratamiento le dió en esa oportunidad :
1) Prenatales
2) Antibióticos
3) Sedantes
4) Vacuna toxoide tetánico
5) Otro
6) Ninguno

Qué nuevos exámenes le pidió :

		1) SI	2) NO
127	VDRL	.....	.....
128	FTA	.....	.....
129	TORCH	.....	.....
130	Placa de abdomen	.....	.....
131	Ninguno		
132	Otros		

133 Le comentó como marchaba su embarazo :

1) SI 2) NO

Que le dijo :

134 Que su bebé tendría problemas al nacer
135 Que iba a tener un parto difícil probablemente
136 Que todo marchaba bien
137 No le comentó nada

Que recomendaciones le dió :

138 De la alimentación durante el embarazo
139 Ejercicios durante el embarazo
140 De los medicamentos que no debía ingerir durante el embarazo.
141 Sobre los signos del trabajo de parto
142 Sobre la importancia de la lactancia materna
143 De planificación familiar
144 No recuerda
145 No le dió ninguna recomendación
146 Cree que le sirvió el control prenatal :

1) SI 2) NO

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS

DE LA SALUD

(C I C S)

CONFORME:

Dr. Gerardo Cabrera Meza
ASESOR.

SATISFECHO:

Dr.
REVISOR.
Dr. JOSE LUIS CHACON MONTIEL
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO No. 1686

APROBADO:

DIRECTOR DEL CICS

IMPRIMASE:

Dr. Mario René Moreno Cámbara
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
U S A C.

Guatemala, 9 de Julio de 1985.-

Los conceptos expresados en este trabajo son responsabilidad únicamente del Autor. (Reglamento de Tesis, Artículo 23).