

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EVALUACION DE LA CALIDAD DEL CONTROL PRENATAL

Estudio retrospectivo-descriptivo realizado en el Dispensario Municipal No. 4
de la zona 6, de la ciudad de Guatemala, durante el periodo de
septiembre de 1992 a septiembre de 1997.

INGRID LUCRECIA AVALOS CERON

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

	Página
I.- INTRODUCCION	1
II.- DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III.- JUSTIFICACION	4
IV.- OBJETIVOS	5
V.- REVISION BIBLIOGRAFICA	7
VI.- METODOLOGIA	20
VII.- RESULTADOS	25
VIII.- ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	34
IX.- CONCLUSIONES	37
X.- RECOMENDACIONES	38
XI.- RESUMEN	39
XII.- BIBLIOGRAFIA	40
XIII.- ANEXOS	44

I.- INTRODUCCION.-

Un control prenatal adecuado constituye una parte fundamental en la evolución de un embarazo normal, dando como resultado la existencia de un recién nacido sano, y una madre sin complicaciones.

Existen investigaciones en otros países en vías de desarrollo, que muestran que a pesar, de concederle una gran importancia al Control Prenatal este no se lleva de manera adecuada, sino por el contrario se ha encontrado, un buen porcentaje de pacientes, que en sus visitas no se les ha realizado toma de presión arterial, o ni siquiera se les ha pesado, por lo que es de importancia, establecer la calidad del control prenatal que se realiza en nuestro país.

En el presente estudio se evalúa la calidad del control prenatal que se realizó a las pacientes que asistieron al Dispensario Municipal No. 4 de la zona 6 de esta capital durante Septiembre de 1992 a 1997.

Para esto se realizó la revisión de las historias clínicas de las pacientes que asistieron durante las fechas mencionadas, encontrándose que son pocas en relación a la población que cubre el dispensario.

En lo que respecta a la calidad del Control Prenatal realizado se concluye que no es adecuado, ya que en su mayoría no cumple con los objetivos propuestos por la Organización Mundial de la Salud.

Se recomienda que se elabore papelería en donde aparezcan anotados todos los datos requeridos para un adecuado control, de tal manera que el evaluador no se le olvide anotar ningún dato.

II.-DELIMITACION DEL PROBLEMA.-

El control prenatal, no es más que la atención sistemática y periódica que se otorga a la embarazada con el objeto de observar el desarrollo fisiológico de la gestación, prevenir complicaciones maternas y perinatales y por consiguiente detectar y tratar patologías concomitantes y prepararlas física y psíquicamente para el parto y cuidado de su hijo. (7)

Las madres que no acuden a los centros de atención durante su embarazo son las que más frecuentemente presentan complicaciones como: partos prematuros, hijos de bajo peso al nacer, toxemia del embarazo, muerte materna, defunción perinatal. Por lo mismo es necesario que la mujer al embarazarse se ponga inmediatamente en contacto con el servicio de salud más cercano, ya que la atención prenatal ayuda a la mujer a tener embarazos con menos riesgo y por lo tanto recién nacidos sanos.

De lo anterior, podemos decir que no solo es importante que la mujer embarazada asista a un centro de salud para que le lleven su control prenatal, si no también que este sea adecuado y cumpla con los requisitos indispensables que hacen que el control prenatal sea completo y adecuado entendiéndose esto como: que la paciente asista idealmente antes de las 20 semanas de gestación, que el número de controles en total sean igual o mayor de 5, que en cada control aparezca anotado en su ficha, la sintomatología presente, la edad de la paciente, la edad gestacional, el peso, la presión arterial, frecuencia cardíaca, altura uterina, movimientos fetales, frecuencia cardíaca fetal, y edema en miembros inferiores.

A pesar que lo anterior sea obvio, en investigaciones de campo, entrevistando directamente a las madres, se han identificado porcentajes relativamente altos de embarazadas (10 a 15 %) que no fueron pesadas, que no se les tomó la presión arterial y no se les midió la altura uterina durante la consulta prenatal. Y en otras situaciones se miden y se anotan datos tan importantes como bajo peso materno, una altura uterina que no crece, o

movimientos fetales que disminuyen, pero no reciben la menor atención de quien realiza la consulta prenatal. En tanto estos problemas no sean reconocidos y corregidos, no habremos obtenido el beneficio que la consulta prenatal ofrece para la salud de la embarazada y su hijo. (7)

El presente estudio, tuvo como fin el evaluar cómo se realizó el control prenatal a las pacientes embarazadas que asistieron a consulta al Dispensario Municipal No. 4 de la zona 6 de la ciudad de Guatemala, durante el periodo de septiembre de 1992 a septiembre de 1997.

III.- JUSTIFICACION.-

El control prenatal, es parte fundamental del programa de Atención Materno-infantil, que debe alcanzar una alta cobertura, debe ser adecuado y completo y de esta manera disminuir las tasas de morbi-mortalidad materna y perinatal. Los elevados índices de mortalidad materna se ciernen con características de tragedia en el panorama de salud de las embarazadas en la región de las Américas, esta situación es especialmente dramática cuando se tiene en cuenta que, en la gran mayoría de los casos, las muertes son prevenibles. Los países mas afectados siguen siendo los que están en vías de desarrollo como es el caso de nuestro país, que según el "Boletín Epidemiológico de Guatemala de 1996", del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la mortalidad materna asciende a 20 por 10,000 nacidos vivos, valor muy significativo, tomando en cuenta que existen centros de salud suficientes y distribuidos estratégicamente para lograr una adecuada cobertura de la población.(6,7,16)

En nuestro medio la calidad del control prenatal podría ser inadecuada tomando en cuenta que en muchos centros de salud no prestan la atención necesaria a los diferentes datos que se deben llevar en un control adecuado. En algunos casos las pacientes llegan a su control prenatal a una edad gestacional avanzada, el numero de controles es bajo ya sea porque no se les pone cita o no se les da un buen plan educacional indicándoles la importancia de el numero de visitas durante su embarazo, y otros casos en los que las pacientes no son pesadas etc. Actualmente se han recopilado datos que muestran que entre 10 al 15 % de las pacientes que asisten a control prenatal no son pesadas, no se les ha tomado la presión arterial, y no se les ha medido la altura uterina, lo que trasciende en un aumento de las complicaciones como lo son partos prematuros, hijos de bajo peso, toxemia del embarazo, y al aumento de la mortalidad materno-infantil.

El presente estudio ha tenido como propósito evaluar la calidad del control prenatal prestada en un dispensario municipal, y de esta manera reforzar aquellos aspectos positivos e indicar las debilidades de este tipo de atención, o bien recomendar acciones que puedan contribuir a mejorar las condiciones de salud de la madre y el recién nacido.

IV.- OBJETIVOS.-

GENERAL:

1. - Evaluar la calidad del control prenatal que se realiza en el Dispensario Municipal No. 4 de la zona 6, de la ciudad de Guatemala.

ESPECIFICOS:

1. - Determinar la edad gestacional en la que se inició el control prenatal.
2. - Determinar el numero total de controles que se realizaron a la paciente.
3. - Identificar si se anotaron los antecedentes obstétricos y patológicos de la paciente.
4. - Comprobar si están registrados los datos subjetivos de la paciente .
5. - Comprobar si fue anotado el peso de la paciente en cada visita.
6. - Verificar si fueron anotados los signos vitales de la paciente durante cada visita.

7. - Verificar si fueron anotados en el examen físico de la paciente, todos los datos obstétricos.
8. - Verificar si son registrados, analizados y utilizados los laboratorios solicitados durante el control.
9. - Revisar si son detectados los embarazos de alto riesgo, y si fueron trasladadas a un centro hospitalario de tercer nivel.
10. - Comprobar si aparece anotado el plan educacional que se le dió a la paciente.
11. - Verificar si fue anotada la fecha de la próxima cita.

V.- REVISION BIBLIOGRAFICA

1. - CONTROL PRENATAL:

El control prenatal es la atención sistemática y periódica que se otorga a la embarazada con el objeto de observar el desarrollo fisiológico de la gestación, prevenir complicaciones maternas y perinatales, detectar y tratar patologías concomitantes y prepararla, física y psíquicamente, para el parto y cuidado de su hijo.

El control prenatal es parte fundamental del programa de atención materno perinatal. Debe tratar de lograr el máximo de cobertura, iniciarse precozmente, ofrecer un número de controles suficientes y estar organizado en base a los niveles de atención centralizados, en relación con los recursos disponibles, con el objeto de concentrar los mejores recursos en la población de mayor riesgo.

El objetivo último del control prenatal, como parte de un programa materno-perinatal, es obtener la menor tasa de morbi-mortalidad materna y perinatal en la población atendida. (6,7,25,27).

2. - IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL EN LA ASISTENCIA OBSTETRICA:

El objetivo de la obstetricia es permitir que la mujer cumpla con su función reproductiva con éxito, esto, es que el embarazo resulte en un recién nacido sano, de término, de peso adecuado y sin secuelas, y en una madre también sin patología ni secuelas de ningún tipo, (7,27). Para

cumplir ese objetivo y para lograr la máxima aproximación a una situación ideal de ausencia total de patología materna y perinatal, es necesario un control adecuado del embarazo, de INICIO PRECOZ (dícese de las 20 semanas de gestación), y que cumpla determinadas rutinas mínimas, diferenciadas de acuerdo con las características de cada gestante (7,9,25,27).

Durante el presente siglo, se ha notado un creciente desarrollo tecnológico, que ha invadido a la medicina, sin embargo, en el caso de la asistencia prenatal, las evidencias muestran que el gran impacto sobre los resultados perinatales se obtiene sin la intervención de las tecnologías instrumentales modernas (7).

Los mejores resultados perinatales obtenidos con las nuevas tecnologías se describen en países o regiones donde ya se había conseguido una cobertura próxima al 100%, con los cuidados prenatales básicos y cuando estas técnicas son utilizadas en grupos de embarazadas identificadas como de alto riesgo. De lo que se debe recalcar que el control prenatal, no necesita de una tecnología sofisticada.

Aunque no se comprende perfectamente todos los mecanismos que intervienen en el proceso, las evidencias son claras en demostrar una asociación entre cuidados prenatales apropiados y buenos resultados perinatales. Está demostrado que si la embarazada recibe un cuidado prenatal adecuado, la mortalidad fetal es significativamente menor que si el cuidado no lo es (1,3,17,21).

Existen muchos estudios que muestran, que la mortalidad neonatal, postnatal, y el número de niños de bajo peso al nacer, son menores cuando la madre recibió control prenatal (7,25).

En algún momento, puede resultar difícil de entender como la mera asistencia de la embarazada a una consulta tenga influencia sobre la evolución del embarazo, parto y puerperio. Se puede explicar por dos situaciones, a) por el proceso de información y educación sobre higiene del embarazo, corrección de hábitos de influencia negativa, preparación psicológica para el parto, maternidad y lactancia, nutrición para el embarazo. b) a través de la verificación periódica de la evolución normal del embarazo y de la adopción de medidas inmediatas cuando se detecta cualquier desviación de esa normalidad. (27).

En general, para realizar un control prenatal efectivo, según lo que se ha dicho anteriormente, de por sí ambulatorio, no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados, ni laboratorios sofisticados, pero sí se requiere el uso sistemático de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente, y el empleo adecuado de tecnologías sensibles que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor que el esperado (2,4,13,17,27).

Se debe agregar que existen, barreras para el adecuado control prenatal, detallándolas a continuación:

- a) Su costo, cuando no es gratuito para el usuario, a esto hay que agregar gastos de transporte, pérdida de horas laborales, etc.
- b) La inadecuada capacidad del sistema de salud.

- c) Problemas en la organización, en la práctica y hasta en la atmósfera con que se brinda el control.
- d) Barreras del orden cultural.
- e) Inaccesibilidad geográfica.
- f) Falta de credibilidad en las bondades del sistema de salud y en la necesidad del control. (3,21,27).

3.- OBJETIVOS DEL CONTROL PRENATAL:

El control de las mujeres embarazadas lleva consigo una serie de objetivos, que al cumplirlos, se verán reflejados en la calidad de vida de la embarazada y en la normalidad del parto y del puerperio. Entre los objetivos podemos destacar:

- a) Diagnóstico correcto de la edad gestacional.
- b) Detección de antecedentes mórbidos y obstétricos.
- c) Reconocimiento de factores de riesgo.
- d) Diagnóstico de alteraciones fetales.
- e) Intervención obstétrica oportuna en casos patológicos.
- f) Educación de la madre sobre hábitos higiénicos.
- g) Educación a la pareja sobre planificación familiar.
- h) Preparación psicofísica para el parto. (3,7,13,27).

Los anteriores son importantes a nivel de individualidad, en lo que respecta a la embarazada que recibe el control prenatal en el centro de salud, pero también cada control prenatal realizado tiene objetivos que benefician al sistema de salud en general y estos son:

- a) Obtener bases para planificar el control prenatal de la población.
- b) Definir la población afectada a ser normatizada en el futuro.
- c) Conocer información relevante del embarazo en el lugar que se realiza.
- d) Fijar un cronograma que permita la evaluación del control prenatal a nivel nacional.
- e) Conocer la principales causas de complicaciones maternas y fetales que influyan en las tasas de morbi-mortalidad del país. (1,6,7,8,9,30,).

4.- NIVELES DE ASISTENCIA PRENATAL:

Los distintos niveles de asistencia que existen nos sirven para la atención de la paciente según el grado de riesgo que se les detecte durante su consulta, ya que la atención que se presta en cada uno es diferente, de acuerdo a las necesidades que se presentan, refiriéndonos al tipo de material y equipo que se necesita y por supuesto al personal que brinda la atención, porque no será el mismo que atienda a una paciente con un embarazo normal, a una que tenga factores de riesgo. (2,4,13).

5.- PROGRAMA MINIMO DE ASISTENCIA PRENATAL:

El simple contacto de la madre con los servicios de salud durante el embarazo no basta para obtener el efecto benéfico deseado sobre la salud de la madre y el niño, que constituye el objetivo principal de control

prenatal. Para que este beneficio pueda conseguirse, se requiere un cierto nivel de calidad del control prenatal.

Hay dos indicadores que permiten evaluar, en parte la calidad de la asistencia prenatal: a) la edad gestacional de la primera consulta y b) el número total de consultas prenatales. La precocidad de la primera consulta es importante para que la embarazada reciba, desde el inicio de la gestación la información sobre higiene, hábitos y alimentación que mejor protejan su salud gestacional; para diagnosticar y corregir oportunamente las patologías o desvíos de la normalidad, como lúes serológica, anemia, bajo peso materno; y para obtener el diagnóstico de edad gestacional, es más preciso cuanto más precozmente se determina. (7).

Con respecto al número de consultas prenatales considerando como ideal, hay diferencias entre los autores e instituciones, variando entre 6-16 o más consultas por embarazada, la **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD** propone como exigencia mínima de la atención prenatal, cinco controles iniciados con anterioridad a las 20 semanas.

Además otros autores, refieren que un eficiente control prenatal debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

- a) precoz
- b) periódico
- c) completo
- d) y de amplia cobertura. (27)

De los dos primeros ya se ha profundizado anteriormente, y ahora sobre el tercero de estos, se refiere a que la anamnesis, el examen físico,

y las pruebas de gabinete y laboratorio sean completas. En cuanto al último, es de orden institucional según la capacidad del sistema de salud del país.

6.- CONTENIDOS DEL CONTROL PRENATAL:

En la primera consulta prenatal deberá realizarse un examen clínico obstétrico completo, tomando en cuenta los siguientes:

- a) confirmación del embarazo
- b) anamnesis
- c) examen físico
 - frotos de papanicolau
 - pelvimetría clínica
- d) solicitud de estudios de laboratorio.
 - biometría hemática, grupo sanguíneo y factor RH, estudios de anticuerpos, pruebas serológicas de sífilis, cifras de anticuerpos antirrubéola, virus de la hepatitis B, bacteriuria, virus de la inmunodeficiencia humana o clamidiasis en pacientes seleccionadas.
- e) Evaluación de riesgos
 - pruebas adicionales según estén indicadas por los factores de riesgo

f) Orientación a la paciente

- instrucciones acerca de los signos de complicaciones, entrega de folletos informativos y respuestas a las preguntas de la paciente. (7,16,25,27).

7.- **PARAMETROS DEL CONTROL PRENATAL:**

En cada control prenatal debe consignarse en cada ficha prenatal: peso, edema, presión arterial, altura uterina, latidos cardiacos fetales (LCF), actividad fetal, presentación fetal, edad gestacional, proteinuria. Además debe interrogarse en cada control sobre la presencia de contracciones uterinas, cefalea, alteración de la visión, dolor abdominal, vómitos, nauseas, ginecorragia, polaquiuria, disuria, prurito. (1,3,27,30).

Los estudios de laboratorio que deben pedirse principalmente al inicio del embarazo son:

- **Biometría hemática completa.** Que debe incluir: hematología, hemoglobina, índices eritrocitarios, recuentos leucocitarios y plaquetario.
- **Estudios de grupo sanguíneo.** Hay que determinar el grupo sanguíneo ABO y el tipo de factor RH, sea positivo o negativo. Todas las pacientes deben ser objeto de evaluación en busca de anticuerpos. Aunque hay anticuerpos irregulares apenas en 1% de la población, varios pueden causar eritroblastosis fetal.

- **Otros estudios sanguíneos.** La prueba serológica de sífilis debe emprenderse en todas las pacientes, además de efectuar la de anticuerpos antirrubéola si no se ha realizado con anterioridad. (1,3,27,30).

- **Orina.** Una muestra de orina no contaminada debe analizarse en busca de glucosa y proteínas. Si hay náusea y vómito importantes, también debe evaluarse dicha muestra en busca de cuerpos cetónicos. En todas las pacientes hay que emprender un urocultivo cuantitativo o una de las diversas pruebas diagnósticas de que se dispone para detectar bacteriuria de importancia. (6,7,27).

Peso:

Se ha establecido que cuanto mayor es el peso materno antes del embarazo y la ganancia de peso durante el embarazo, mayor es el peso del recién nacido y menor la frecuencia de bajo peso al nacer; y consecuentemente mayor el crecimiento y desarrollo físico y mental del niño durante el primer año de vida. (6,7).

Se ha recomendado que la mujer embarazada por lo menos alcance el 120% de su peso ideal para la altura a las 40 semanas de gestación.

Durante un embarazo normal con un solo feto debe esperarse un aumento de peso de unos 9 kg, explicable a partir de los evidentes cambios fisiológicos inducidos por el embarazo, esto es dependiendo del autor ya que otros se basan mediante tablas establecidas para evaluar la ganancia de peso. (9).

Edema:

El edema es un signo que debe ser observado en todos los controles prenatales. El edema de las extremidades inferiores es frecuente, de preferencia en las últimas semanas de gestación y en especial si la mujer tiene várices de las extremidades inferiores. Habitualmente es edema postural, determinado por la dificultad del retorno venoso que ocasiona la presencia del útero grávido. Ciertamente desaparece o disminuye elevando las extremidades inferiores o haciendo reposo en decúbito lateral. No constituye necesariamente un signo patológico. El edema de la cara y de las manos refleja retención hídrica y puede ser el comienzo de patología gravídica (preeclampsia). Su presencia obliga a un detenido estudio de la paciente. (1,2,3,4,7).

Presión Arterial:

Es uno de los signos más importantes de registrar en toda consulta prenatal. No puede entenderse un control prenatal sin registro de presión arterial. Es el elemento diagnóstico más útil para detectar los síndromes hipertensivos que, diagnosticados a tiempo, pueden ser adecuadamente manejados, por lo general sin daño para la madre ni el feto, pero que abandonados sin diagnóstico pueden significar un grave peligro para ambos incluso con la vida.

Se considera hipertensión arterial en la embarazada, una cifra tensional que alcance o sobrepase los 90 mm de Hg para la presión diastólica o los 140 mm de Hg para la sistólica. No obstante también se considera hipertensa una embarazada que durante sus controles prenatales presente un aumento de 30 mm de Hg para la presión sistólica y de 15 mm de Hg para la diastólica. Debe recordarse que en la embarazada normal

existe un descenso de la presión arterial durante el segundo trimestre del embarazo. Así, ligeras elevaciones durante este período, aunque no alcancen la definición descrita de hipertensión en el párrafo anterior, deben ser interpretadas como primeras señales de una posible situación patológica y tomarse los cuidados correspondientes. Para decir que una embarazada es hipertensa se requiere de una presión arterial elevada por lo menos durante dos controles separados por un período mínimo de 6 horas, habiendo permanecido durante ese período en reposo absoluto.

La presión arterial durante el embarazo debe de registrarse con la madre en posición sentada o en decúbito lateral, pudiendo hacerse una segunda medición en decúbito dorsal. (7,15,16).

Altura uterina:

Con respecto a esta medición podemos decir que varía dependiendo del examinador ya que en los múltiples controles que lleva la paciente no es el mismo examinador que la atiende, como ocurre en la mayoría de los casos por lo que no hay que dejarse llevar por las discordancias.

Hasta las once semanas de gestación, el útero permanece dentro de la pelvis y habitualmente es solo a partir de las 12 semanas que se palpa con cierta facilidad por vía abdominal. A partir de este momento, el crecimiento de la altura uterina es relativamente regular, alcanzando la cicatriz umbilical a las 20 semanas. Utilizando una metodología de patrón de medida de la altura uterina, el percentil 50 de las medidas para cada semana de amenorrea sigue una progresión casi perfectamente lineal entre las 20 y 33, a 34 semanas, con incremento de 1 cm por cada semana, siendo la altura de 1 a 2 cm menor que el número correspondiente a las

semanas de gestación . A partir de la 35 semanas la curva de crecimiento prácticamente se aplana con aumentos de $\frac{1}{2}$ cm por semana hasta la 38 cuando el crecimiento prácticamente se detiene. (3,7,22).

Auscultación de los latidos cardiacos fetales (LCF):

La auscultación de LCF debe practicarse en cada visita del control prenatal y junto con este la percepción de movimientos fetales, que permite el diagnóstico de vida fetal, esto sin lugar a duda dependiendo de la edad del feto, ya que como es sabido los latidos fetales se auscultan a las 16 semanas con un estetoscopio , pudiendo escucharse desde antes con el uso de otros como doppler , pero como en la mayoría de lugares no se cuenta con este tipo de aparatos , se inicia a escuchar los LCF a partir de la 16 semanas al igual que los movimientos fetales. Se puede tomar como normal los valores de 120-160 latidos cardiacos por minuto fetales, cualquier valor fuera de estos puede indicar patología fetal que deberá investigarse rápidamente. (1,3,7,26).

Percepción materna de movimientos fetales:

El feto tiene actividad motora y realiza movimientos precozmente . Ellos son detectados por la ultrasonografía desde la 8-9 semanas de amenorrea . Sin embargo desde el punto de vista asistencia prenatal, lo que interesa es la percepción materna de los movimientos fetales , que por lo regular se describen a partir de la 20 semana , este es otro dato importante que nos indica vitalidad fetal. (21,27).

8.- EMBARAZO DE ALTO RIESGO:

El embarazo de alto riesgo es aquella gestación que potencialmente puede condicionar morbimortalidad materna y perinatal, durante el transcurso del embarazo, parto o puerperio.

La obstetricia moderna ha logrado enfrentar con éxito la morbimortalidad materna, y los resultados respecto a la mortalidad perinatal son cada vez más alentadores como consecuencia del mejoramiento de las condiciones sanitarias y nutricionales de los pueblos, del aumento de la cobertura del control prenatal, de las técnicas de evaluación fetal, del tratamiento intensivo neonatal entre los países desarrollados y en vías de desarrollo, muestra una brecha muy amplia. Esto se debe a los efectos que tienen los factores ambientales, socioeconómicos y culturales, sobre la salud materno-infantil (7).

En latinoamérica las principales causas de morbimortalidad materno-perinatal son: la desnutrición materna y fetal, la infección ovular fetal y neonatal, la rotura prematura de las membranas ovulares, el parto prematuro, el síndrome hipertensivo, el parto distócico, la hipoxia fetal y las anomalías congénitas (7,13).

Los programas específicos de detección, prevención y tratamiento de los problemas de salud perinatal más prioritarios, como el bajo peso del nacimiento, el parto prematuro, la asfixia perinatal, la nutrición suplementaria y la planificación familiar, lograrán disminuir significativamente los indicadores adversos de riesgo perinatal que presentan los países latinoamericanos (7,13,17).

VI. - METODOLOGIA.-

1. - TIPO DE ESTUDIO:

Retrospectivo-Descriptivo.

2. - UNIDAD DE ANALISIS:

Se seleccionó como sujeto del estudio, los registros clínicos de las pacientes que acudieron a su control prenatal, en el Dispensario Municipal No. 4 de la zona 6, de la ciudad de Guatemala, en el periodo comprendido de septiembre de 1992 a septiembre de 1997.

3. - UNIVERSO DE ESTUDIO:

Se tomo una muestra de los registros clínicos de pacientes que consultaron durante los 5 años del estudio. Se calculó que durante un año promedio, se realizan en este centro de salud, un número de 500 controles prenatales. De donde se ha utilizado la siguiente formula:

$$n = Z^2 N q / Z^2 q + p N e^2$$

donde n = número

N = Universo = 2500

p = 0.5 de probabilidad de ocurrencia del evento.

q = 0.5 de probabilidad de no ocurrencia del evento.

Z = 1.645 de confiabilidad

e = 13% (de muestreo) = 0.13

$$n = 1.645^2 \times 2500 \times 0.5 / 1.645^2 \times 0.5 + 0.5 \times 2500(0.13)$$

$$n = 150 \text{ expedientes clínicos.}$$

4. - CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

A.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Se incluyó en el estudio a todos los registros clínicos de las pacientes que asistieron a control prenatal al dispensario durante el periodo mencionado.

5.- VARIABLES:

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Unidad de Medida
Edad	Tiempo transcurrido desde que se nace.	Edad anotada en la historia clínica	Ordinal	en años
Antecedentes patológicos	Enfermedades que ha padecido o padece	Dato anotado en la historia clínica	Nominal	si, no, completo, incompleto.
Antecedentes obstétricos	Referente a embarazos, partos, abortos, cesáreas, hijos vivos y muertos, fecha de último parto, fecha de última regla y uso de métodos anticon.	Datos anotados en la historia clínica	Nominal	si, no, completo, incompleto.
Edad gestacional al primer control	Tiempo transcurrido del embarazo al asistir a su primer control.	Dato anotado en la historia clínica en semanas.	Ordinal	12,20 o mayor

Datos subjetivos	Síntomas referidos por la paciente a su visita	Datos anotados en la historia clínica	Nominal	si, no, completo incompleto.
Tabaquismo	Uso de cigarrillos	Dato anotado en la historia	Nominal	si, no
Antitetánica	Vacuna contra el tétano	Dato anotado en la historia clínica	Nominal	si, no.
Grupo Rho	Tipo sanguíneo de la madre	Dato anotado en la historia clínica	Nominal	si, no.
Datos objetivos	Datos obtenidos al examen físico.	Dato anotado en la historia clínica	Nominal	si, no completo, incompleto.
Signos vitales	Se refiere a respiración presión arterial, frec. cardíaca maternas	Datos anotados en la historia clínica	Nominal	si, no, completo incompleto.
Peso	Medida ponderal de una persona	Dato anotado en la historia clínica.	Nominal	si, no.

22

Examen obstét.	Lo referido a la altura uterina, presentación fetal, movimientos y frecuencia cardíaca fetal.	Datos anotado en la historia clínica	Nominal	si, no, completo, incompleto.
Laboratorios	Datos de laboratorio registrados	Datos anotados en la historia clínica	Nominal	si, no, completo, incompleto.
Plan educacional	Información a la madre sobre su embarazo y recomendaciones	Información anotada en la historia clínica	Nominal	si, no, completo, incompleto.
Fecha de la Próxima visita	Fecha de la nueva visita	Fecha anotada en la historia clínica	Nominal	si, no, completo Incompleto.
Riesgo Obstétrico	Morbi-mortalidad materna y fetal	Dato registrado en la historia clínica	Nominal	si, no.

23

6.- RECURSOS:

MATERIALES:

- a) Boleta de recolección de datos.
- b) Computadora e impresora.
- c) Infraestructura del Dispensario Municipal No.4 de la zona 6, de la capital.

HUMANOS:

- a) Personal de archivo del Dispensario Municipal.

7. - EJECUCION DE LA INVESTIGACION:

Se solicitó permiso a las autoridades del Dispensario Municipal No. 4 de la zona 6, de la ciudad de Guatemala para la realización del estudio.

Se obtuvieron los registros de las pacientes embarazadas que asistieron a su control prenatal en este centro de salud, y se recopiló la información, en la boleta diseñada para este fin. Luego se le dio el tratamiento estadístico respectivo.

Se tabularon los datos y se analizaron en cifras absolutas y relativas (porcentajes). Formulando las conclusiones y recomendaciones respectivas.

CUADRO No. 1

REGISTRO DE EDAD Y ESCOLARIDAD, EN LAS HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTES QUE ASISTIERON A CONTROL PRENATAL AL DISPENSARIO MUNICIPAL No.4 DE LA ZONA 6, DE LA CAPITAL, DURANTE SEP. DE 1992 A 1997.

DATO	EDAD	ALFABETA
REGISTRADO	148 (98%)	149 (99%)
NO REGISTRADO	2 (2%)	1 (1%)
TOTAL	150	150

Fuente: Boleta de Recolección de datos.
Ver Anexo.

CUADRO No. 2

REGISTRO DE LA EDAD GESTACIONAL EN EL 1ER. CONTROL PRENATAL, DE PACIENTES QUE ASISTIERON AL DISPENSARIO MUNICIPAL No. 4 DE LA ZONA 6 DE LA CAPITAL, DURANTE SEP. DE 1992-97.

EDAD GESTACIONAL	NÚMERO	%
< DE 12 SEMANAS	12	8
12 A 20 SEMANAS	17	11.3
> DE 20 SEMANAS	87	58
SIN REGISTRAR	34	22.7
TOTAL	150	100

Fuente: Boleta de Recolección de datos.

CUADRO No. 3

NUMERO DE CONTROLES PRENATALES REGISTRADOS EN LAS HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTES QUE ASISTIERON AL DISPENSARIO MUNICIPAL No. 4 DE LA ZONA 6, DE LA CAPITAL, DURANTE SEPTIEMBRE DE 1992 A 1997.

CONTROL	NUMERO	%
1	107	71.3
2	25	16.3
3	9	6.2
4	3	2.1
5	4	2.7
6	2	1.4
TOTAL	150	100

Fuente: Boleta de Recolección de datos.

CUADRO No. 4

REGISTRO DE DATOS SUBJETIVOS, ANTECEDENTES PATOLOGICOS Y OBSTETRICOS EN LAS HISTORIAS CLINICAS DE LAS PACIENTES QUE ASISTIERON A CONTROL PRENATAL EN EL DISPENSARIO MUNICIPAL No. 4 DE LA ZONA 6 DE ESTA CAPITAL, DURANTE SEPTIEMBRE DE 1992 A 1997.

DATO	DATOS SUBJETIVOS	ANTECEDENT. PATOLOGICOS	ANTECEDENT. OBSTETRICOS
REGISTRADOS	1 (0.6%)	57 (38%)	137 (91.3%)
NO REGISTRADOS	149 (99.4%)	93 (62%)	13 (8.7%)
TOTAL	150	150	150

Fuente: Boleta de Recolección de datos.

CUADRO No. 5

REGISTRO DE LOS DATOS OBJETIVOS EN LA HISTORIAS CLINICAS DE LAS PACIENTES QUE ASISTIERON A CONTROL PRENATAL EN EL DISPENSARIO MUNICIPAL No. 4 DE LA ZONA 6, DE LA CAPITAL, DURANTE SEPTIEMBRE DE 1992 A 1997.

Control	Completo	%	Incompleto	%	No registro	%	Total
Primero	37	24.6	99	66	14	9.3	150
Segundo	16	37.2	27	62.8	—	—	43
Tercero	12	66.7	6	33.3	—	—	18
Cuarto	6	66.7	3	33.3	—	—	9
Quinto	5	83.3	1	16.7	—	—	6
Sexto	2	100	0	0	—	—	2

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

CUADRO No. 6

REGISTRO DE SIGNOS CLINICOS DURANTE EL PRIMER CONTROL PRENATAL, DE LAS PACIENTES QUE ASISTIERON AL DISPENSARIO MUNICIPAL No. 4, DE LA ZONA 6 DE ESTA CAPITAL, DURANTE SEPTIEMBRE DE 1992 A 1997.

Signos	Registrado	%	Sin Registrar	%	Total
Peso	89	59.3	61	40.7	150
Presión Arterial	85	56.6	65	43.4	150
Frecuencia Materna	23	15.3	127	84.7	150
Altura Uterina	110	73.3	40	26.7	150
Presentac. Fetal	89	65.4	47	34.6	136*
Frec. Card. Fetal	92	67.6	44	32.4	136*
Movimient. Fetal	77	56.6	59	43.4	136*

Fuente: Boleta de Recolección de datos.

* Los 14 registros faltantes, no se tomaron en cuenta, en este inciso debido a que la Edad Gestacional a que asistieron a su primer control era muy temprana para detectarlo.

CUADRO No. 7

REGISTRO DE SIGNOS CLINICOS, DE LAS PACIENTES QUE ASISTIERON A DOS CONTROLES PRENATALES AL DISPENSARIO MUNICIPAL No. 4 DE LA ZONA 6 DE LA CAPITAL, DURANTE SEPTIEMBRE DE 1992 A 1997.

SIGNO	Registrado	%	No Registrado	%	TOTAL
Peso	31	72.1	12	27.9	43
Presión Arterial	30	69.7	13	30.3	43
Frec. Card. Materna	10	23.2	33	76.8	43
Altura Uterina	34	79.1	9	20.9	43
Presentac. Fetal	30	76.9	9	23.4	39*
Frec. Card. Fetal	30	76.9	9	23.4	39*
Movimien. Fetales	30	76.9	9	23.4	39*

Fuente: Boleta de Recolección de datos.

* Los 4 registros faltantes, que no se tomaron en cuenta en este inciso, se debió a que la edad gestacional en que se presentaron a su segundo control era muy temprana para evaluar este parámetro.

CUADRO No. 8

REGISTRO DE SIGNOS CLINICOS DE LAS PACIENTES QUE ASISTIERON A TRES CONTROLES PRENATALES EN EL DISPENSARIO MUNICIPAL No. 4 DE LA ZONA 6 DE ESTA CAPITAL, DURANTE SEPTIEMBRE DE 1992-97.

SIGNO	Registrado	%	No Registrado	%	TOTAL
Peso	17	94.5	1	5.5	18
Presión Arterial	14	77.7	4	22.3	18
Frec. Card. Materna	6	33.4	12	66.6	18
Altura Uterina	17	94.4	1	5.6	18
Presentac. Fetal	16	88.8	2	11.2	18
Frec. Card. Fetal	16	88.8	2	11.2	18
Movimien. Fetales	15	83.3	3	16.7	18

Fuente:
Boleta de Recolección de datos.

CUADRO No. 9

REGISTRO DE SIGNOS CLINICOS EN LAS PACIENTES QUE
ASISTIERON A CUATRO CONTROLES PRENATALES
EN EL DISPENSARIO MUNICIPAL No. 4 DE LA ZONA 6
DE ESTA CAPITAL, DURANTE
SEPTIEMBRE DE 1992-97.

SIGNO	Registrado	%	No Registrado	%	TOTAL
Peso	7	77.7	2	22.3	9
Presión Arterial	6	66.6	3	33.4	9
Frec. Card. Materna	4	44.5	5	55.5	9
Altura Uterina	9	100	0	0	9
Presentac. Fetal	8	88.8	1	11.2	9
Frec. Card. Fetal	8	88.8	1	11.2	9
Movimien. Fetales	8	88.8	1	11.2	9

Fuente:
Boleta de Recolección de datos.
Ver anexo.

CUADRO No. 8

REGISTRO DE SIGNOS CLINICOS DE LAS PACIENTES QUE
ASISTIERON A TRES CONTROLES PRENATALES EN
EL DISPENSARIO MUNICIPAL No. 4 DE LA ZONA 6
DE ESTA CAPITAL, DURANTE
SEPTIEMBRE DE 1992-97.

SIGNO	Registrado	%	No Registrado	%	TOTAL
Peso	17	94.5	1	5.5	18
Presión Arterial	14	77.7	4	22.3	18
Frec. Card. Materna	6	33.4	12	66.6	18
Altura Uterina	17	94.4	1	5.6	18
Presentac. Fetal	16	88.8	2	11.2	18
Frec. Card. Fetal	16	88.8	2	11.2	18
Movimien. Fetales	15	83.3	3	16.7	18

Fuente:
Boleta de Recolección de datos.

CUADRO No. 9

REGISTRO DE SIGNOS CLINICOS EN LAS PACIENTES QUE
ASISTIERON A CUATRO CONTROLES PRENATALES
EN EL DISPENSARIO MUNICIPAL No. 4 DE LA ZONA 6
DE ESTA CAPITAL, DURANTE
SEPTIEMBRE DE 1992-97.

SIGNO	Registrado	%	No Registrado	%	TOTAL
Peso	7	77.7	2	22.3	9
Presión Arterial	6	66.6	3	33.4	9
Frec. Card. Materna	4	44.5	5	55.5	9
Altura Uterina	9	100	0	0	9
Presentac. Fetal	8	88.8	1	11.2	9
Frec. Card. Fetal	8	88.8	1	11.2	9
Movimien. Fetales	8	88.8	1	11.2	9

Fuente:
Boleta de Recolección de datos.
Ver anexo.

CUADRO No. 10

REGISTRO DE SIGNOS CLINICOS A LAS PACIENTES QUE
ASISTIERON A CINCO CONTROLES PRENATALES EN
EL DISPENSARIO MUNICIPAL No. 4 DE LA ZONA 6
DE ESTA CAPITAL, DURANTE
SEPTIEMBRE DE 1992-97

SIGNO	Registrado	%	No Registrado	%	TOTAL
Peso	5	83.4	1	16.6	6
Presión Arterial	5	83.4	1	16.6	6
Frec. Card. Materna	3	50	3	50	6
Altura Uterina	6	100	0	0	6
Presentac. Fetal	6	100	0	0	6
Frec. Card. Fetal	6	100	0	0	6
Movimien. Fetales	6	100	0	0	6

Fuente:
Boleta de Recolección de datos.
Ver anexos.

CUADRO No. 11

REGISTRO DE SIGNOS CLINICOS DE LAS PACIENTES QUE ASISTIERON A 6 CONTROLES PRENATALES EN EL DISPENSARIO MUNICIPAL No. 4 DE LA ZONA 6 DE ESTA CAPITAL, DURANTE SEPTIEMBRE 1992 A 1997.

SIGNO	Registrado	%	No Registrado	%	TOTAL
Peso	2	100	0	0	2
Presión Arterial	2	100	0	0	2
Frec. Card. Materna	1	50	1	50	2
Altura Uterina	2	100	0	0	2
Presentac. Fetal	2	100	0	0	2
Frec. Card. Fetal	2	100	0	0	2
Movimien. Fetales	2	100	0	0	2

Fuente:
Boleta de recolección de datos.
Ver anexo.

CUADRO No. 12

REGISTRO DE LOS LABORATORIOS SOLICITADOS A LAS PACIENTES QUE ASISTIERON A CONTROL PRENATAL, EN EL DISPENSARIO MUNICIPAL No. 4 DE LA ZONA 6 DE ESTA CAPITAL, DURANTE SEPTIEMBRE DE 1992 A 1997.

Laboratorio	Registrado	%	Sin Registrar	%	TOTAL
VDRL	41	27.3	109	72.6	150
HEMATO.	43	28.6	107	71.3	150
ORINA	41	27.3	109	72.6	150
HECES	40	26.7	110	73.3	150
Rho	2	1.3	148	98.7	150
Papanicol.	0	0	150	100	150

Fuente: Boleta de Recolección de datos.

CUADRO No. 13

REGISTRO DE PLAN EDUCACIONAL, FECHA DE PROXIMA CITA Y RIESGO OBSTETRICO, DE LAS PACIENTES QUE ASISTIERON A CONTROL PRENATAL, EN EL DISPENSARIO MUNICIPAL No. 4 DE LA ZONA 6 DE ESTA CAPITAL, DURANTE SEPTIEMBRE DE 1992 A 1997.

DATO	Plan Educacional	Fecha de Próxima Cita	Riesgo Obstétrico
Registrado	0 (0%)	5 (33.3%)	0 (0%)
No Registrado	150 (100%)	145 (96.7%)	150 (100%)
TOTAL	150	150	150

Fuente: Boleta de Recolección de datos.

CUADRO No. 1

Muestra que fue registrado el dato de edad en el 98% y alfabetismo en un 99.3% en las historias clínicas. Se puede decir que se cumplen con los requisitos de un adecuado control prenatal, aunque se esperaría que los registros fueran del 100%, ya que estos datos son parte importante para poder tener una visión del embarazo, como es el caso de la edad de la paciente, la cual nos sirve para identificar cualquier riesgo que ésta tenga durante su gestación, ya que es bien sabido que el control que se le llevará a una paciente de 42 años no será el mismo al de una joven, ya que la paciente mayor tiene un grado más alto de riesgo obstétrico. Con respecto a la escolaridad de la paciente contribuye a una mayor comprensión por parte de la paciente sobre las indicaciones que le da el médico sobre su embarazo.

CUADRO No. 2

Muestra la edad gestacional en la que se inicia el primer control prenatal, observando que el 8% inicia antes de la 12 semana de gestación, el 11.3% lo inicia entre la 12 y 20 semana, y el 58% lo inicia después de la 20 semana, además tenemos que al 22.7% ni siquiera se les registró.

Con los anteriores datos podemos mencionar que la calidad del control prenatal en este dispensario no es adecuada, tomando en cuenta que para que un control prenatal sea adecuado tendrá que iniciarse antes de la 20 semana de gestación según lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya que durante este periodo se puede detectar cualquier problema que se presente durante el embarazo, y prevenir complicaciones que lleven a un desenlace fatal.(7,9).

CUADRO No. 3

Presenta que el 71.3% de las pacientes asistieron solo a un control prenatal, las que asistieron a dos controles 16.3%, a tres controles 6.2%, a cuatro controles 2.1%, a cinco controles 2.7% y a seis controles el 1.4%, lo que es preocupante ya que gran número de pacientes solo se realizaron un control prenatal, lo que indica que están expuestas a muchas complicaciones que pudieron prevenirse. Según la OMS para que un control sea adecuado deberá tener como mínimo un total de 5 controles o más (7).

CUADRO No. 4

Muestra que fueron registrados los datos subjetivos en el 0.6%, los antecedentes patológicos en el 38% y los antecedentes obstétricos en el 91.3% de los casos. A este respecto no se cumple con los requisitos necesarios para que el control prenatal sea adecuado. Con respecto a los antecedentes obstétricos decimos que a pesar que se registran en una considerable cantidad no cumple con el 100% que sería lo adecuado.

CUADRO No. 5

Presenta que los datos objetivos (peso, presión arterial, y frecuencia cardiaca materna; así como altura uterina, presentación fetal, frecuencia cardiaca fetal, y movimientos fetales) durante la primera visita prenatal son completos en el 24.6%, incompletos en el 66% y no se registraron el 9.3%; durante la segunda visita el 37.2% son completos, el 62.8% son incompletos; en la tercera visita 66.7% están completos y el 33.3% no está completo; en la cuarta visita el 66.7% completos, y el 33.3% incompletos; durante la quinta visita el 83.3% completos, y el 16.3% incompletos; y el sexto control con el 100% completos. En conclusión podemos mencionar que mientras mas controles prenatales realizará cada paciente más completos estaban sus datos objetivos, pero esto no es significativo ya que las pacientes que llegaron a 6 controles solo fueron dos.

CUADRO DEL No. 6 al No. 11.

Los datos mostrados en estos cuadros, que se refieren a los signos clínicos que idealmente se debieron haber registrado en cada uno de los seis controles prenatales, que una madre debe tener, el control prenatal realizado es de mala calidad evidentemente, ya que no se logra alcanzar un registro del 100% para cada dato individual. Se debe tomar en cuenta que esta sección se constituye, en una de las partes más importantes dentro del control prenatal, debido a que con estos datos se establece el estado actual de la paciente, como el del feto, por lo que cualquier alteración que presente alguno de éstos, puede ser de vital importancia ya que al detectarlos se puede prevenir cualquier

complicación que pueda comprometer la vida de ambos. Sucediendo todo lo contrario al no registrarlos, como abortos, bajo peso al nacer, pre-eclampsia.

Debe aclararse, que dentro los dos primeros controles prenatales existieron pacientes con edad gestacional menor de 20 semanas, en donde datos como presentación fetal, frecuencia cardíaca fetal, y movimientos fetales, no se registraron debido a que estos datos son detectados a partir de la 20 semana de gestación, a menos que se contara con métodos sofisticados, y esto explica el porque en el cuadro No. 6 y No.7, en lo que respecta a estos incisos, el número de pacientes es menor al total de pacientes del estudio.

CUADRO No. 12

Se registran los laboratorios solicitados a las pacientes, mostrando que el examen de VDRL fue registrado en el 27% de los casos, mientras que el examen de hematología en el 28.6%, el de orina en el 27.3%, el examen de heces en el 26.7%, el grupo sanguíneo en el 1.3% y el de Papanicolau en el 0%.

De lo que se puede decir que, a 2/3 de las pacientes consultantes no se les solicitó ningún tipo de examen de laboratorio, con los que se podría ayudar a detectar problemas como anemia, infección urinaria, sífilis materna, incompatibilidad de grupo, proteinuria, y algún tipo de enfermedad maligna, que puedan comprometer al desarrollo normal del embarazo.

CUADRO No. 13

Brinda la información sobre si se les dió algún plan educacional a las pacientes que asistieron a control prenatal, encontrando que aparentemente a ninguna de las pacientes se les brindó la información necesaria sobre su embarazo y su desarrollo, ya que en el 0% de los expedientes no se registró esto.

Así también con respecto a la fecha de próxima cita, solo al 33.3% de las pacientes se registró este dato en la papeleta, lo que podría explicar la inasistencia a los controles posteriores. Por último el riesgo obstétrico no fue calculado en ninguna paciente, dato que no debe faltar en el control prenatal, ya que esto definirá el futuro tratamiento y el lugar donde se continuará con el control prenatal y la atención del parto.

IX.- CONCLUSIONES.-

- 1.- La calidad del control prenatal que se lleva en el Dispensario Municipal No. 4 de la zona 6, de la ciudad capital es inadecuado ya que no cumple con todos los requisitos sugeridos por la Organización Mundial de la Salud.
- 2.- El personal de salud de este centro, no anota todos los datos necesarios (edad gestacional, datos subjetivos, antecedentes patológicos, peso, presión arterial, etc.), para que el Control Prenatal sea adecuado.
- 3.- El Dispensario Municipal No. 4 de la zona 6, carece de material y equipo para realizar un adecuado control prenatal.

X.- RECOMENDACIONES.-

- 1.- Es importante que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social realice campañas promoviendo la asistencia al control prenatal temprano.
- 2.- Que se elabore papelería en donde aparezcan anotados todos los datos requeridos para un adecuado control prenatal y se abastezca de la misma, de tal manera que al evaluador no se le olvide anotar ningún dato.
- 3.- Que el personal médico del dispensario realice reuniones con las embarazadas asistentes, con el fin de indicarles la importancia de llevar un control prenatal adecuado.
- 4.- Proporcionar a la paciente un carnet de control en donde se le anote la fecha de su próxima visita, y se registren las dosis de su vacuna contra el tétanos.
- 5.- Utilizar una tabla en la cual se pueda evaluar el riesgo obstétrico de la paciente.

XI.- RESUMEN.-

TITULO: EVALUACION DE LA CALIDAD DEL CONTROL PRENATAL.

Estudio retrospectivo descriptivo realizado en el Dispensario Municipal No.4 de la zona 6 de esta capital, durante septiembre de 1992 a septiembre 1997, para lo que se revisaron 150 historias clínicas seleccionadas por medio de muestreo aleatorio simple sin reemplazo.

Se encontró que el 71% de las historias clínicas registraban solo una visita prenatal, así también podemos mencionar que el 58% de las pacientes iniciaron su primer control prenatal después de la 20 semana de gestación y que solo al 0.6% se les registraron los datos subjetivos. Se debe agregar que durante las visitas no se anotaron todos los signos vitales de las pacientes, y los datos del examen obstétrico, además a ninguna paciente se le dió plan educacional y solo el 3.3% tiene fecha de próxima cita, a ninguna se le evaluó el riesgo obstétrico. Se concluye que el control prenatal realizado en este Dispensario no posee una calidad adecuada, lo que pone en riesgo el desarrollo normal del embarazo, así como la vida de la madre.

Se recomienda que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social realice campañas promoviendo la asistencia al control prenatal lo más temprano posible, al mismo tiempo que se elabore papelería en donde se encuentren anotados todos los datos requeridos para un adecuado control, de manera que al evaluador no se le olvide anotar ningún dato.

XII.- BIBLIOGRAFIA.-

- 1.- Avila, H. et al, Cohorte de estudios perinatales. Edad y embarazo como causas de sesgo. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. 99(4). 400-4. Oct. 1990.
- 2.- Belizán J. M. et al, Asistencia de embarazadas a la consulta prenatal en maternidades públicas de Rosario, Argentina. Bol. Oficina Sanitaria Panamericana; 86(2); 121-30, feb. 1994.
- 3.- Brown Lori Dipreti. et al, Garantía de la calidad de la atención de salud en los países en Desarrollo. The Quality Assurance Project. Washington D.C. 1990.
- 4.- Conable, Barber B. Maternidad sin riesgo. Foro Mundial de la Salud. 8(2); 160-66, 1990.
- 5.- Cuyán Barrera. La calidad de atención obstétrica en el área rural. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala. Fac. CC. MM. 1992.
- 6.- Chelala, César. La Salud Materna; un perenne desafío. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud; 1991, 35 pag. (OPS comunicación para la salud, 1).
- 7.- Faunes A. Control Prenatal. En: Pérez Sánchez Alfredo. Obstetricia. 2da. Edición, Santiago de Chile, Edit. Mediterráneo. 1992. Pag. 156-163.

- 8.- Granadillo C. et al; Realidad social de la paciente que asiste a la Maternidad Concepción Palacios. Rev. Obst. Ginecol. Venezuela; 41(4); 211-5, 1981.
- 9.- Hernandez C. O.; "Conocimientos sobre el control prenatal", tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala. Fac. Ciencias Médicas. 1992.
- 10.- Marchant, S. L. Influencia del control prenatal sobre la morbimortalidad materna y perinatal. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 83(3); 413-24, nov. 1993.
- 11.- Kemball-Cook, Investigación operacional en salud primaria acerca del control prenatal. Bull. WHO. 61(2); 361-9. 1990.
- 12.- Kestler J. Análisis de métodos usados en Guatemala para estimar la edad gestacional para la altura uterina. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. 1992.
- 13.- Kestler, Edgar, et al. Identificación de embarazos con alto riesgo de bajo peso al nacer en áreas urbanas de Latinoamérica. Bull. Pan Am. Health Organ: 21(4); 369-76. 1991.
- 14.- Marin, Barbara V. Promoción de la lactancia en las mujeres embarazadas. Bol. Oficina Sanitaria Panamericana; 104 (2); 117-22, ene. 1992.

15.- Mc. Connell et al. Valoración de la proteinuria y embarazo. Mundo Médico. Febrero 1996. Pag. 17-23.

16.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Servicios de Salud. Boletín informativo. Año 1996.

17.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Servicios de Salud. Normas de Salud Materno Infantiles. Plan Nacional de Salud Materno-infantil.. 1992.

18.- Ministerio de Salud y Asistencia Social. Depto. De Higiene Materna. Pautas que deben regir el control prenatal en los centros de salud, centros urbanos integrales, módulos de servicio y dispensarios del país. Dic. 1991. Venezuela.

19.- Monteith, Richard S. Servicios de Salud Materno-infantiles y vacunación en Panamá y Guatemala. Bol. Oficina Sanitaria Panamericana. 103(3); 210-16. Sept. 1990.

20.- Murray R. Estadística. Mc. Graw-Hill. 1991.

21.- Organización Panamericana de la Salud. Manual para la atención de la madre y del niño. Washington D.C.; Organización Panamericana de la Salud. 1990. Pag. 191.

22.- Organización Panamericana de la Salud. manual sobre el enfoque de riesgo, en la atención materno-infantil. Washington D.C. 1990.

23.- Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas. Documento de la OPS. CSP 23/10, 20 julio 1990.

24.- Piver Steven M.D. Controversias sobre el Papanicolau, y control prenatal. Mundo Médico. Vol. 7 Núm. 5 Nov. 1990. Pag. 29-37.

25.- Ribas J. Sistemática de los Cuidados antenatales. En: González J. Merlo. Obstetricia. 4ta. Edición. Barcelona, España. Masson s.a. 1992.

26.- Suárez Ojeda, E. N. El enfoque de riesgo en la atención perinatal y maternoinfantil. Bol. Oficina Sanitaria Panamericana.; 87 (4), 361-4, oct. 1990.

27.- Schwarcz R. et al. Control Prenatal. En: Atención prenatal y del parto de bajo riesgo. Centro Latinoamericano de perinatología y desarrollo humano, OPS, OMS. Montevideo Uruguay. Julio 1994.

28.- Schwarcz R. et al. Normatización de la atención perinatal; propuesta de programa de intervención normativa para el manejo perinatal de la prematuridad. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. 87(4); 361-5, 1990.

29.- Steibel, José Alfredo. Rutinas Prenatales. Acta Medica. (Porto Alegre). 28-34. 1993.

30.- Torres Pereira. Jorge; Educación participativa de la comunidad en cuidados prenatales. Aspectos Metodológicos. Boletín de la Oficina Panamericana de Salud. 102(2). 168-73. Feb. 1991.

XIII.- ANEXOS.
EVALUACION DE LA CALIDAD DEL CONTROL PRENATAL
BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Registro clínico No. _____

Edad: _____

Alfabeta: si no

Edad gestacional del primer control: _____

No. de controles realizados en total: _____

Instrucciones: para completar adecuadamente debe utilizar la siguiente clave:
 s. si n. no c. Completo i. Incompleto

VISITAS

Dato:	1era.	2da.	3ra.	4ta.	5ta.	6ta.	Otras.
Datos subjetivos:	—	—	—	—	—	—	—
Cefalea	—	—	—	—	—	—	—
Visión Borrosa	—	—	—	—	—	—	—
Edema	—	—	—	—	—	—	—
Hemorragia vaginal	—	—	—	—	—	—	—
Hidrorrea	—	—	—	—	—	—	—
Anteced. Patológicos	—	—	—	—	—	—	—
Tuberculosis	—	—	—	—	—	—	—
Diabetes Mellitus	—	—	—	—	—	—	—

HTA crónica

Antec. Obstétricos

Otros Datos:

Fuma: ____ Antitetánica: ____

Grupo Rho: ____

Datos Objetivos:

Medición de peso

Toma de P.A

Frec. Cardíaca Materna

Altura Uterina

Presentación Fetal

Frec. Cardíaca Fetal

Movimientos Fetales

Laboratorios:

VDRL

Hematología

Orina

Heces

Papanicolau

Plan Educativo

Fecha de próxima cita

Riesgo Obstétrico
