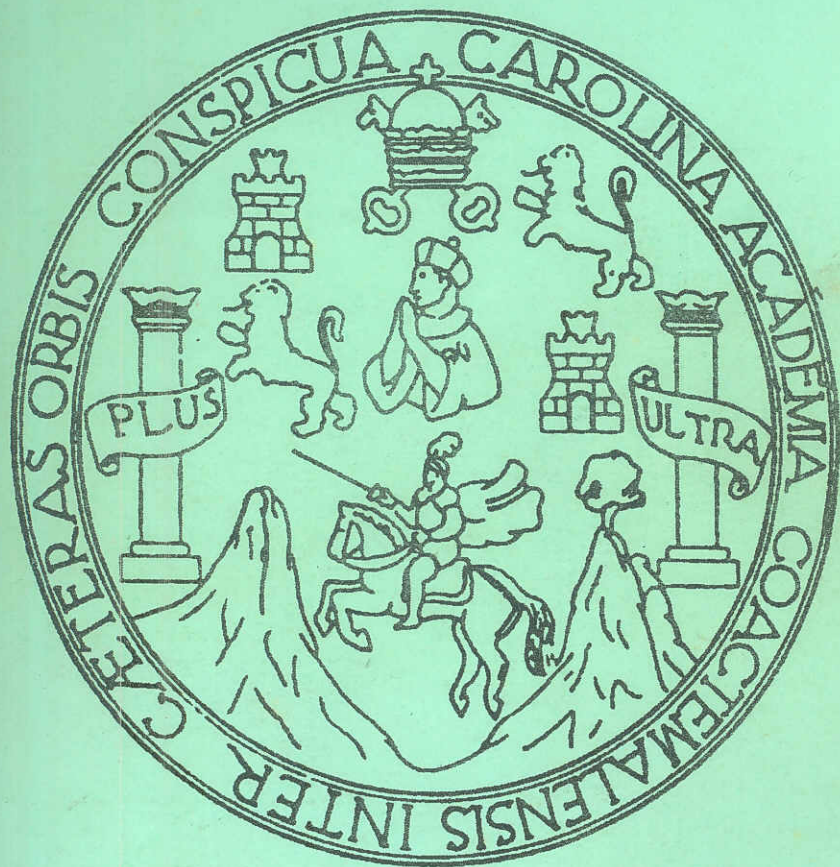


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

COMPLICACIONES MATERNO-FETALES Y
CONTROL PRENATAL



GIOVANNI RIZZIERI SANTUCCI MARROQUIN
MEDICO Y CIRUJANO

INDICE:

- I. INTRODUCCION
- II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA
- III. JUSTIFICACION
- IV. OBJETIVOS
- V. REVISION BIBLIOGRAFICA
- VI. METODOLOGIA
 - A. Selección de la población y material de estudio
 - B. Definición de variables
 - C. Aspectos éticos de la investigación
- VII. RECURSOS
- VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS
- IX. ANALISIS DE LOS RESULTADOS
- X. CONCLUSIONES
- XI. RECOMENDACIONES
- XII. RESUMEN
- XIII. BIBLIOGRAFIA
- XIV. ANEXOS

INTRODUCCION:

La asistencia prenatal debe tener como objetivo principal la identificación y tratamiento especial de la paciente de alto riesgo, así como a la paciente de bajo riesgo, se procura de esta forma disminuir el número de complicaciones y muertes en el grupo materno - perinatal (10,12,16). Por ello es necesario conocer si el control prenatal en nuestro medio influye en las complicaciones materno - fetales, al prevenir o reducir la probabilidad de que aparezcan, contribuye a cumplir con el objetivo del control prenatal.

El estudio es descriptivo y prospectivo realizado en el Departamento de Maternidad del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt durante abril, mayo y principios de junio de 1999. Contó con la autorización respectiva del departamento de docencia de dicho Hospital. Se tomó una muestra de 800 pacientes que asistieron a la atención del parto con y sin control prenatal.

Se determinó que 91.75% de pacientes tuvo control prenatal, de las pacientes que si llevaron control prenatal 22.8% presentó complicaciones y de las que no llevaron control prenatal 42.5% presentó complicaciones.

Las características epidemiológicas que predisponen a las complicaciones materno - fetales son no llevar control prenatal, asistir menos de 5 veces al control y hacerlo después de la 20 semana de gestación, ser multipara, mayor de 35 años y ser analfabeta.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

El Hospital Nacional de Antigua Guatemala, se constituye como el centro de referencia para la atención del parto de todo el departamento de Sacatepéquez, así como de otros departamentos vecinos. Este centro hospitalario es de importancia ya que se atienden tanto partos de bajo riesgo como de alto riesgo, observándose que estos últimos representan un porcentaje de 26%. (4)

En Guatemala, el 70% de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal son prevenibles y según el boletín epidemiológico de Guatemala de 1996, del MSPAS, la tasa de mortalidad materna es del 20 x 10,000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad neonatal es de 26 x 1000 nacidos vivos. A si mismo, se calcula que cada día mueren en todo el mundo por lo menos 1600 madres, en mayor porcentaje de estas en países en desarrollo por problemas del embarazo y parto. Y por lo menos 50 millones de mujeres sufren distintas morbilidades por dichos problemas, y 18 millones de ese total sufren efectos a largo plazo y a menudo incapacitantes, lo cual es alarmante. (17).

En el caso de nuestro país estos casos están asociados generalmente a la falta de detección o prevención oportuna de los factores de riesgo reproductivo, a las precarias condiciones de vida o a la ocurrencia de una "complicación" que incida en el desarrollo normal de el embarazo, el parto, el puerperio o en las primeras horas o días de vida de los niños. Estos factores pueden ser tanto físicos como también relacionarse con las características sociales y culturales de una población. (15).

Entre las complicaciones maternas más frecuentes están, ruptura prematura de membranas y trastornos hipertensivos, distosias. Entre las complicaciones fetales están prematuridad, bajo peso y sepsis. (23).

Es por ello que la asistencia prenatal es importante y debe ser una continuación de un plan de vigilancia médica, no solo para que la madre tome consciencia de su estado, sino para que este preparada física y psíquicamente para el parto y cuidado de su hijo. Y para que las enfermedades adquiridas y las anormalidades del desarrollo sean reconocidas y se tomen medidas apropiadas para erradicarlas o, por lo menos, para minimizar sus efectos perniciosos.(23)

El presente trabajo demostrará como el control prenatal y la calidad de este influye en la disminución de la gravedad de las complicaciones materno - fetales, observando el resultado de la gestación y la ocurrencia o no de complicaciones, en mujeres que llevaron y no llevaron este cuidado.

JUSTIFICACION:

Dentro de los programas materno - infantiles tanto nacionales como internacionales, se ha hecho énfasis en la importancia que tiene el control prenatal como previsor y coadyuvante del bienestar materno y fetal. Y de cómo este puede ser tan importante en la previsión de complicaciones de distinto tipo, en la reducción de los riesgos inherentes a la gestación y del mantenimiento del bienestar durante el embarazo.(2,10,11,12,16).

Sin embargo, el control prenatal, únicamente tendrá influencia positiva cuando el primer contacto de la madre gestante sea lo suficientemente temprano, y que independientemente del nivel de atención al que acuda la paciente se le provea de información suficiente, educación, pero sobre todo, atención de calidad que incluya verificación periódica y la toma de acciones necesarias al momento de detectar cualquier anormalidad.(19).

En nuestro país debido a los problemas socioeconómicos y culturales, a la actual situación económica, al porcentaje de desempleo 5.6% (según estimaciones del I.N.E. para 1998), a la población en situación de pobreza y extrema pobreza que afecta a más del 65% de la población, la atención prenatal podría no llevarse a cabo por factores como distancia o económicos o podría ser deficiente.(9)

Por lo tanto este estudio tiene interés en evaluar si el control prenatal en nuestro medio, es capaz de modificar el curso de los embarazos hacia el mejor resultado posible de bienestar de la madre y el producto, garantizando el mínimo de riesgo para los mismos. Señalando las características negativas halladas y recomendando acciones encaminadas al mejoramiento de la atención prenatal en los aspectos que sean necesarios.

OBJETIVOS:

GENERAL:

1. Determinar que complicaciones materno - fetales se presentan en las pacientes que acuden a la atención del parto al Hospital de Antigua Guatemala, con o sin control prenatal y si este influye en las complicaciones.

ESPECIFICOS:

1. Identificar cuales son las complicaciones materno - fetales más frecuentes de las pacientes en quienes se atendió el parto en el Hospital Nacional de Antigua.
2. Determinar cuantas pacientes con y sin complicaciones materno- fetales tuvieron control prenatal.
3. Determinar que personal de salud atendió a las pacientes en el control prenatal.
4. Determinar cuantos controles prenatales le realizaron a las pacientes con y sin complicaciones.
5. Determinar en que mes de gestación las pacientes con y sin complicación tuvieron el primer control prenatal.
6. Determinar cuantas pacientes con y sin complicaciones materno - fetales no tuvieron control prenatal.

REVISION BIBLIOGRAFICA:

Embarazo:

Es el estado materno que consiste en llevar un feto en desarrollo dentro del cuerpo.(12,23)

Control Prenatal:

Definición: Como atención o control prenatal se definen aquellas consultas periódicas efectuadas por personal de salud destinadas a prevenir, detectar y tratar daños obstétricos, así como riesgos para la salud de la madre y el niño. (18,20,23)

Historia: Los cuidados prenatales que se conocen en la actualidad son un desarrollo relativamente reciente de la medicina. Se originaron en Boston durante la primera década de este siglo. Antes de esta época la paciente que creía estar embarazada consultaba a su médico para que confirmara sus sospechas; pero no lo veían de nuevo hasta que el parto era inminente.(12,16)

Objetivo de los cuidados prenatales:

Múltiples estudios reiteran que la asistencia prenatal debe tener como objetivo principal la identificación y tratamiento especial de la paciente de alto riesgo, aquella cuyo embarazo a causa de algún factor en sus antecedentes médicos o de desarrollo pueda tener un desenlace insatisfactorio, así como a la paciente de bajo riesgo, procurando de esta forma la disminución del número de complicaciones y muertes en el grupo materno - perinatal.(10,12,16).

Finalidad de la atención prenatal:

Consiste en garantizar, en todo lo posible, un embarazo no complicado y el nacimiento de un lactante vivo y sano. Hay evidencia de que las madres y los hijos que reciben cuidados prenatales corren menos riesgo de complicaciones.(12,16,23)

Disponibilidad y accesibilidad a la atención prenatal:

En muchos países en desarrollo no hay atención médica disponible, o la mujer no puede llegar a la unidad de salud a tiempo. Por lo tanto puede ser difícil separar la causa médica inmediata de una muerte materna de los factores sociales, económicos y culturales que llevan a esa condición médica e influyen en su tratamiento.(16)

Entre las razones comunes por las cuales es posible que las mujeres no reciban atención prenatal adecuada son incapacidad para pagar los servicios de salud, temor o falta de confianza en los profesionales médicos, falta de auto estima, demora en la sospecha de embarazo o en informarlo a otras personas, percepciones individuales o culturales diferentes acerca de la importancia de los cuidados prenatales, prohibiciones religiosas o culturales, etc. (7,12,18).

Es de prever que una educación sostenida de la comunidad, juntamente con el mejoramiento de los niveles de instrucción formal y de alfabetismo, en particular entre las mujeres, influya considerablemente en las opiniones de la población acerca de la atención en obstetricia.(10).

Importancia de la valoración inicial preconcepcional:

De manera ideal, la mujer que planea tener un hijo debe someterse a valoración médica antes de quedar embarazada para que el médico pueda establecer por medio de la historia la exploración física y los estudios de

laboratorio, si la paciente se encuentra en buena condición física para embarazarse. Así como para educar y contraindicar a la paciente sobre el uso de tabaco, drogas, alcohol, y otras sustancias que puedan afectar tanto a la madre como al producto. (23).

Beneficios del control prenatal:

Se mencionan varios beneficios, entre los cuales están:

- Posibilidad de efectuar intervenciones para disminuir los efectos de los riesgos y condiciones patológicas preexistentes o desarrolladas durante el embarazo.
- Brindar la información necesaria a la madre para erradicar o racionalizar las prácticas de riesgo.
- Vigilar y promover el desarrollo normal del niño.
- Servir como un soporte social para la mujer

Estos se constituyen como muy importantes sobre todo en los países en desarrollo como el nuestro, donde uno de los pocos contactos que una mujer tiene con los sistemas de salud es a través de la atención prenatal.(13,18,21)

El control prenatal efectivo:

La efectividad de la atención prenatal debe medirse en función del grado en que las mujeres de alto riesgo reciben tratamiento apropiado en términos de acceso, cantidad y calidad de los servicios de salud.

Por ello, más importante que un número determinado de consultas de control prenatal, es la calidad con que este servicio debe brindarse, de manera que la orientación y el tratamiento objetivo de la paciente aun con pocos controles prenatales no implique resultados negativos.(13).

En Guatemala existen estudios que refieren que la calidad de atención prenatal es deficiente, ya que no cumple con todos los requisitos de la Organización Mundial de la Salud. Mucha de la problemática a este respecto radica en que el equipo y el material son insuficientes aun en clínicas familiares de la capital, lo que nos obliga a pensar que en el interior del país la situación podría ser peor.(2)

Sin embargo, a pesar que en los países desarrollados se cuenta con tecnologías y sistemas administrativos de salud que pueden evitar las morbi - mortalidad materna, se sabe que el tratamiento médico apropiado de las complicaciones relacionadas con el embarazo generalmente no necesitará equipo ni capacitación de tecnología avanzada. Por ello en Guatemala se está promoviendo actualmente el uso adecuado de las tecnologías disponibles, evitando intervenciones de alta tecnología cuando existen alternativas igualmente efectivas y con un mejor costo - beneficio.(15,16)

Consultas subsecuentes:

No existe un consenso universal acerca de la cantidad mínima "adecuada", pero va desde las nueve (EUA y Gran Bretaña), a las cinco (México), o tres (Vietnam)consultas. Sin embargo, puede decirse que a menor número de visitas, menores probabilidades hay de diagnosticar patologías asociadas al embarazo. (1,11,14).

La Organización mundial de la salud propone como norma la realización de un mínimo de 5 controles prenatales, los cuales deben de iniciarse idealmente antes de la 20 semana de gestación. En Guatemala según el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, las citas para control prenatal deberían ser de la siguiente forma en los distintos niveles de atención:

A partir de la primera cita (idealmente antes de la 20 semana) deberían acudir:

- cada 4 semanas hasta la semana 26
- cada 3 semanas hasta la semana 32
- cada 2 semanas hasta la semana 36
- semanalmente hasta el termino.

En el caso de que la mujer embarazada sea examinada por comadrona, ésta deberá ser examinada por lo menos una vez al mes, y referirla al centro comunitario en los primeros 3 meses y último mes de embarazo.(20)

Sin embargo existe la problemática relacionada con el factor, distancia del hogar al servicio de salud más cercano, puesto que se ha visto que a más distancia estén las usuarias de este menos serán las consultas prenatales. (7,18).

Niveles de atención en salud:

En Guatemala existen planes y estrategias que pretenden proveer la oportunidad para desarrollar un acercamiento integrado a la entrega de servicios a la madre y el niño recién nacido, con énfasis en la reducción de las causas y circunstancias que producen la morbi - mortalidad en aquellos.(15)

Por ello en nuestro país actualmente se está promoviendo la participación extramuros, para que el personal de salud sea responsable por un número determinado de personas de la comunidad para supervisarlos y apoyarlos técnicamente, para promover la participación de la misma y con ello influir positivamente en sus creencias y prácticas.(15,20)

Sin embargo, la experiencia de otros países confirma que el mejoramiento de las instalaciones y la reorientación y movilización del personal de salud no bastan para inducir al publico general a modificar sus creencias y prácticas tradicionales, y por ello, en los intentos de mejorar la situación de las mujeres

en materia de salud deben desempeñar siempre un papel importante los factores socioculturales.(10)

Contenidos del control Prenatal:

Primera visita: Debería incluir una exploración física completa: diagnóstico de embarazo, anamnesis sobre el embarazo actual y pasados, historia médica y antecedentes de importancia, peso, talla y presión arterial, altura uterina, auscultación de foco cardíaco fetal, examen físico completo, pelvimetría clínica, papanicolaou y exámenes de laboratorio.

Así como pruebas adicionales que se requieran para la evaluación de los riesgos detectados, informando a la paciente acerca del curso normal de un embarazo y de los signos de alarma por los que debe consultar, complementándolo con folletos informativos, instruyendo al la paciente sobre la importancia de los controles periódicos.(12)

Pruebas de laboratorio:

Se ha determinado cierto tipo de laboratorios, los cuales deben de realizarse idealmente en los niveles de atención donde se cuente con la tecnología adecuada, de otra forma el personal de salud de los distintos niveles deberá hacer la respectiva referencia a un centro de atención de 3 nivel en los primeros 3 meses de gestación y en el último mes, o cuando el caso lo amerite.(20)

Entre las pruebas se encuentran:

En la primera visita, medición de hematología completa, tipo de sangre y factor Rh, anticuerpos para los antígenos del grupo sanguíneo, orina, VDRL, y en caso de ser necesario, detección de tolerancia a la glucosa, detección de

toxoplasmosis, así como frotis de papanicolaou para descartar gonorrea y clamidia en las pacientes con factores de riesgo.(22)

COMPLICACIONES MATERNO - FETALES:

Las complicaciones más frecuentes durante el embarazo son: hemorragias, eclampsia, ruptura prematura de membranas, anomalías de la presentación, siendo estas las principales causas de muerte materna y perinatal, en nuestro país.(20).

El embarazo puede complicarse con enfermedades crónicas o nuevas. En el pasado muchas enfermedades médicas se consideraban contraindicación para el embarazo, pero ahora, con una asistencia apropiada, la regla debiera ser un excelente resultado para la madre y el hijo.(5)

Embarazo de alto riesgo:

Se define como aquél en que madre, feto o neonato se encuentran en mayor riesgo de morbilidad o mortalidad antes o después del parto.

En nuestro medio los factores precipitantes incluyen: nutrición deficiente, cuidados prenatales inadecuados, embarazo no deseado, anomalías genéticas y enfermedades maternas o fetales preexistentes. El embarazo normal puede definirse como aquel de bajo riesgo.(22,23)

Identificación del riesgo de complicaciones del embarazo:

En nuestro país como en muchos otros es una norma el resaltar la atención prenatal como forma de identificar a la mujer con alto riesgo de complicaciones del embarazo. También desde hace buen tiempo se ha promovido la capacitación de las parteras tradicionales, que en países como el nuestro asisten en la mayoría de los partos.(16,10)

Métodos de valoración para el embarazo con riesgo:

Existen ciertas bases para el diagnóstico entre las cuales podemos mencionar:

- Una historia cuidadosa que revele factores específicos de riesgo.
- Un examen físico materno organizado para identificar y excluir factores de riesgo.
- Una selección de pruebas de laboratorio de rutina para detectar trastornos comunes de la madre.
- Evaluaciones maternas de laboratorio.(19,20,22)

Algunos factores de riesgo relacionados con el embarazo se pueden clasificar según el estadio gestacional como:

- Preconcepcionales: su aparición precede el inicio del embarazo
- Del embarazo: se producen cuando en el embarazo en curso.
- Del parto: su aparición se produce durante el trabajo de parto y el parto.
- Del recién nacido
- Del posparto.

Preconcepcionales

Edad menor de 16 años o mayor de 35 años

Estado socioeconómico bajo

Altura menor de 1.5 m o un peso pre - embarazo de 20% menor del estándar para la altura y la edad.

Obesidad

Mala nutrición

Toxicomanías

Corto intervalo inter - genésico.

Del embarazo

Mal control prenatal

Anemia

Poca o excesiva ganancia de peso

Toxicomanías

Polihidramnios

Oligohidramnios

Infección ovular

Incompatibilidad sanguínea

Insuficiencia placentaria

Amenaza de aborto

Amenaza de parto pre - término

Del parto

Amenaza de parto pre - término

Presentación pélvica o transversa

Trabajo de parto prolongado

Inducción del parto

Mala atención del parto

Procidencia del cordón

Sufrimiento fetal

Parto instrumental

Del recién nacido

Pre - término

Pequeño para la edad gestacional

Depresión neonatal

Sepsis

Del pos - parto

Hemorragias

Infección materna

(3,6,14,22)

Complicaciones del trabajo de parto y del parto:

Entre las complicaciones de los últimos momentos de la gestación y que se refieren a los que acontecen desde el inicio de contracciones regulares hasta la expulsión del producto, se encuentran entre otras las siguientes:

Perdida de sangre fetal en la fase tardía del embarazo

Traumatismos de la placenta

Inserción velamentosa del cordón y vasos previos

Distosia

Patrones anormales del trabajo de parto

Trabajo de parto prolongado

Sufrimiento fetal

Prevención de las complicaciones maternas y mortalidad:

Se calcula que en los países en desarrollo cada año mueren alrededor de 585,000 mujeres, es decir, aproximadamente una mujer por minuto, debido a las complicaciones del embarazo, del parto, y del aborto en condiciones de riesgo, casi todas estas muertes pueden ser prevenidas.

Las complicaciones relacionadas con el embarazo causan entre el 25 y el 50% de las muertes de las mujeres en edad reproductiva en los países en desarrollo, comparado con menos de 1% en Estados Unidos.

En algunos países en desarrollo, las complicaciones relacionadas con el embarazo son la causa principal de la muerte de las mujeres en edad

reproductiva. En promedio, es 18 veces más probable que un embarazo resulte en muerte materna en los países en desarrollo que en los países desarrollados.(16).

Los servicios de atención obstétrica y prevención de complicaciones:

Algunos países recalcan la importancia de establecer o mejorar los servicios de atención obstétrica con miras a tratar cualquier complicación que surja. Al ayudar a la mujer a usar métodos anticonceptivos para evitar el embarazo no previsto y de alto riesgo, así como para limitar los partos, los programas de planificación familiar también contribuyen a la iniciativa para una maternidad sin riesgos.

La Organización Mundial de la Salud calcula que el 59% de las mujeres embarazadas en países en desarrollo sufren de anemia nutricional, una condición asociada con bajo peso al nacer y mortalidad perinatal y materna.(24).

Un estudio realizado en Nigeria puso de manifiesto una tasa de mortalidad en el parto de 29 por 1000 alumbramientos entre las mujeres que no habían recibido educación formal ni atención prenatal, mientras que en el caso de las mujeres que habían gozado de estas ventajas la tasa era muy inferior: 2.5 defunciones por 1000 alumbramientos.(10)

Consecuencias de las complicaciones en el embarazo:

Hay algunos grupos de mujeres que son particularmente propensas a las consecuencias letales o incapacitantes del parto o de las enfermedades relacionadas con el embarazo. Las adolescentes de menos de 15 años tienen de cinco a siete veces más probabilidades de morir en el embarazo y el parto que

las mujeres del grupo de edad de 20 a 24 años, que son las menos expuestas. Como se ha señalado, las mujeres menores de 15 años que no han alcanzado su pleno desarrollo a menudo presentan la pelvis demasiado estrecha para permitir el paso fácil del bebé. Estas jóvenes madres pueden sufrir obstrucción y desarrollar fistulas o morir después de 24,48, y hasta 72 horas de agonía.(8)

Metas para la mejora de la atención prenatal y del parto:

El Ministerio de Salud Pública y asistencia social en el plan nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal se ha propuesto varios objetivos entre los cuales destacan:

Del control prenatal:

- aumentar la cobertura del control prenatal institucional.
- atender y/o referir las emergencias detectadas en los embarazos.
- motivar a las comadronas para la promoción del control prenatal y para identificar y referir a las embarazadas de alto riesgo y/o con complicaciones o emergencias.
- Proveer de material y equipo adecuado a los diferentes niveles de atención.

En la atención del parto:

- disminuir el número de referencias tardías.
- promoción de la calidad del parto limpio y seguro a nivel domiciliario.
- prestación de atención de calidad en el parto de bajo y alto riesgo y en las emergencias.

En la atención del puerperio:

- atención de calidad en el puerperio e identificación precoz del puerperio patológico.

- referencia oportuna de las complicaciones del puerperio.
- promover buenos hábitos de higiene y nutrición y el espaciamiento de los embarazos.(15)

Si todo lo anterior se cumpliera lógicamente se contribuirá a que en el país se cumplan las metas propuestas para el nuevo siglo y el programa materno infantil alcanzará el impacto deseado.

METODOLOGIA:

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo - Prospectivo.

SELECCIÓN DE LA POBLACION Y MATERIAL DE ESTUDIO:

Todas las mujeres embarazadas de cualquier edad a quienes se atendió el parto en la Maternidad del Hospital Nacional de Antigua Guatemala.

UNIVERSO DE ESTUDIO:

Todas las mujeres embarazadas con o sin complicación materna y/o fetal, de 14 años en adelante, de la 28 a la 42 semana de gestación, multiparas y primigestas, sin trabajo de parto, o con trabajo de parto, con resolución del mismo vía vaginal o cesárea que acudieron a la atención del parto. Se trabajó sobre una muestra de 800 pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Todas las mujeres embarazadas y sus productos que presentaron o no complicaciones al momento de la atención del parto en la maternidad del Hospital Nacional de Antigua.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Todas las mujeres embarazadas con complicaciones, que no tengan relación con el control prenatal.

DEFINICION DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	MEDICION
CONTROL PRENATAL	Conjunto de actividades que se ejercen sobre la embarazada con la finalidad de obtener el mejor grado de salud de esta y de su hijo.	Se tomará de la boleta de recolección de datos, la respuesta de la madre en cuanto a si tuvo o no control prenatal.	Nominal	Si, No
COMPLICACIONES MATERNO - FETALES.	Se considerará como tal todo fenómeno que afecte negativamente a la madre o al producto de la gestación	Tipo de complicaciones asociadas a la falta o presencia de control prenatal.	Nominal	Ruptura prematura de membranas, trastornos hipertensivos, distosias, prematuridad, sepsis, etc.
PERSONAL DE SALUD QUE LLEVO A CABO EL CONTROL PRENATAL	Personal de salud a cargo de la atención médica en cualquier nivel de atención.	Se le preguntará a la madre quién la atendió en las consultas prenatales.	Nominal	Médico, enfermera, comadrona.
EDAD GESTACIONAL AL PRIMER CONTROL	Edad gestacional al primer contacto con personal de salud.	Se tomará de la boleta de recolección de datos el dato referido por paciente	Númerica	< de 20 semanas, de 21 a 28 y > de 28 semanas

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	MEDICION
NUMERO DE CONTROLES PRENATALES EFECTUADOS	Total de visitas a control obstétrico en el embarazo.	Se preguntará a la madre a cuantas consultas asistió	Númerica	Se tomarán como 0, de 1 a 4 y 5 ó mas controles
PARIDAD	Estado de haber parido uno o más lactantes de 500g o más, vivos ó muertos	Se preguntará a la madre cuantos hijos vivos o muertos ha parido.	Nominal	Primigesta, primipara, multipara, gran multipara
RESOLUCION DEL PARTO	Método utilizado en la extracción del producto de la gestación en un embarazo intrauterino	Se anotará en la boleta de recolección de datos, la resolución del embarazo actual	Nominal	Parto eutósico simple, parto distósico, cesárea.
LUGAR DONDE SE EFECTUO EL CONTROL PRENATAL	Nivel de atención al que asistió la paciente.	Se preguntará a la madre el nivel de atención al que acudió	Nominal	Hospital, centro de salud, puesto de salud, clínica médica Comadrona.
EDAD GESTACIONAL	Tiempo transcurrido desde la concepción	Se preguntará la madre la fecha de última regla, o se medirá altura uterina	Númerica	20 -27 ,28-32, 32-36, y > 32 semanas.
EDAD MATERNA	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Años al ingreso hospitalario actual	Númerica	14 años en adelante
ALFABETA	Persona capaz de leer y escribir	Se preguntara, si sabe leer y escribir	Razón	Si, No

PLAN PARA LA RECOLECCION DE DATOS:

Se llenó las boletas de recolección de datos, individualmente a cada paciente y se observó la resolución del parto anotando en la boleta respectiva según la información que se requirió.

PLAN DE ANALISIS:

Por ser un estudio descriptivo, se aplicó procedimiento de estadística descriptiva.

ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION:

En el presente trabajo no se experimentó o lesionó la integridad de las personas, a condición de recolectar información a través de la boleta de recolección de datos.

RECURSOS:

Materiales:

- Económicos.
- Físicos:
 - Servicios de emergencia, labor y partos del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.
 - Bibliotecas.

Humanos:

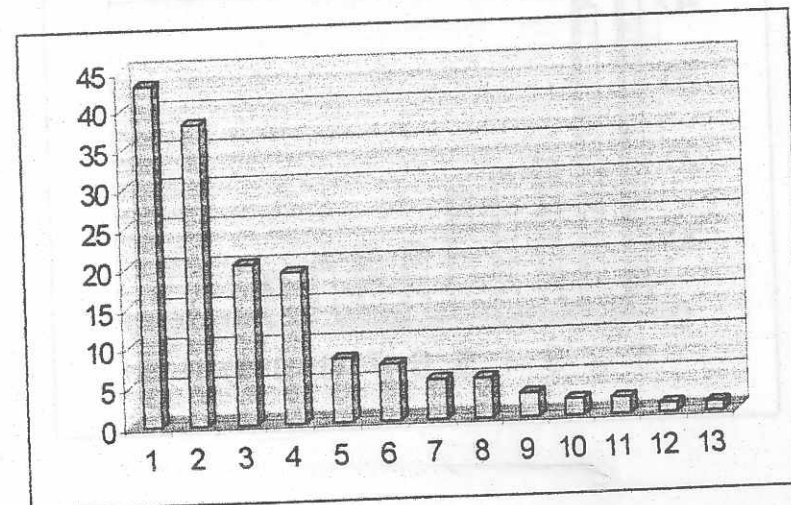
- Personal paramédico Emergencia y labor y partos.
- Pacientes embarazadas que acudieron a la atención de su parto.
- Tesista, asesor y revisor.

PRESENTACION DE RESULTADOS:

CUADRO Y GRAFICA NO. 1
COMPLICACIONES MATERNAS EN PACIENTES CON Y SIN
CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO
DE BETHANCOURT.
ABRIL, MAYO, JUNIO 1999

No.	COMPLICACION MATERNA	FRECUENCIA	%
1	Trabajo de Parto Prematuro	43	28 %
2	CSTP x Distocia	38	25 %
3	Ruptura Prematura de Membranas Ovulares	20	13 %
4	Preclampsia	19	12.3 %
5	Corioamnioitis	8	5.2 %
6	Parto Postérmino	7	4.5 %
7	Retención placentaria	5	3.2 %
8	Oligohidramnios	5	3.2 %
9	CSTP x Prolapso de miembro	3	2 %
10	CSTP x Herpes Genital Activo	2	1.2 %
11	Pielonefritis	2	1.2 %
12	CSTP x Papilomatosis vulgar	1	0.6 %
13	Muerte materna	1	0.6 %
	TOTAL	154	100 %

Fuente: Boleta de Datos



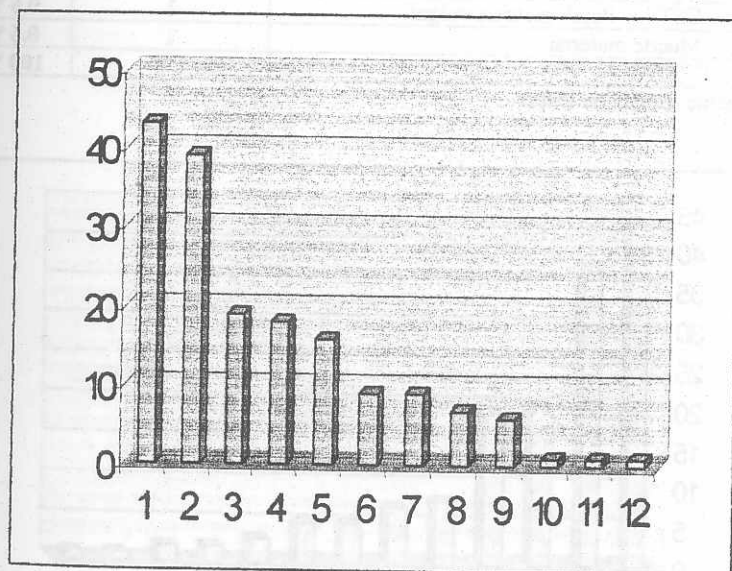
CUADRO Y GRAFICA No. 2

COMPLICACIONES FETALES AL MOMENTO DEL PARTO DE MADRES CON Y SIN CONTROL PRENATAL, DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT.

ABRIL, MAYO, JUNIO 1999

No.	COMPLICACION FETAL	FRECUENCIA	%
1	Prematurez	43	25 %
2	Bajo Peso al nacer	39	23 %
3	Síndrome de Distrés Respiratorio	19	11 %
4	Obito Fetal	18	10.6 %
5	Retardo de Crecimiento Intrauterino	16	9.4 %
6	Síndrome de Aspiración de Mecónio	9	5 %
7	Sépsis Neonatal	9	5 %
8	Posmadurez	7	4 %
9	Anencefalia	6	3.5 %
10	Mielomeningocele	1	0.6 %
11	Hidrocefalia	1	0.6 %
12	Ictericia x Incompatibilidad Rh	1	0.6 %
	TOTAL	169	100 %

Fuente: Boleta de recolección de datos



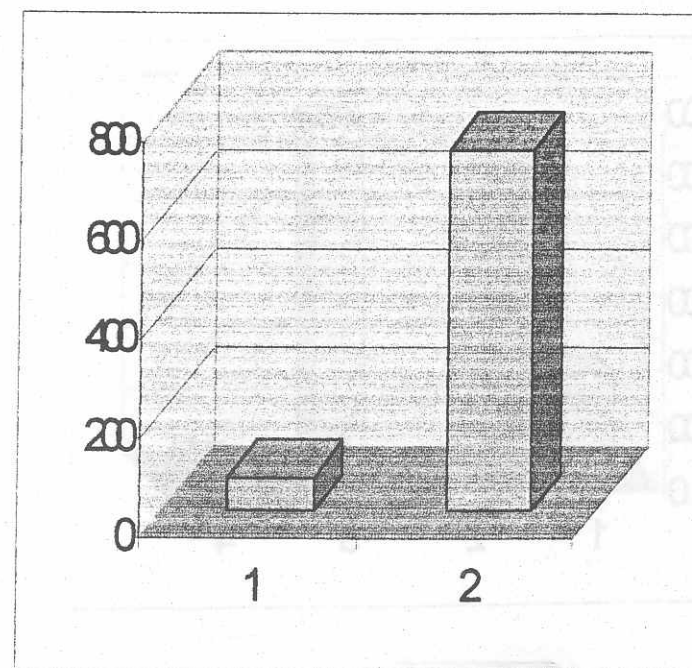
CUADRO Y GRAFICA No. 3

PACIENTES CON Y SIN CONTROL PRENATAL, QUE ACUDIERON A LA ATENCION DEL PARTO, EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT.

ABRIL, MAYO, JUNIO 1999

	NUMERO DE PACIENTES	%
CON CONTROL PRENATAL	66	8.25%
SIN CONTROL PRENATAL	734	91.75%
Total	800	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos

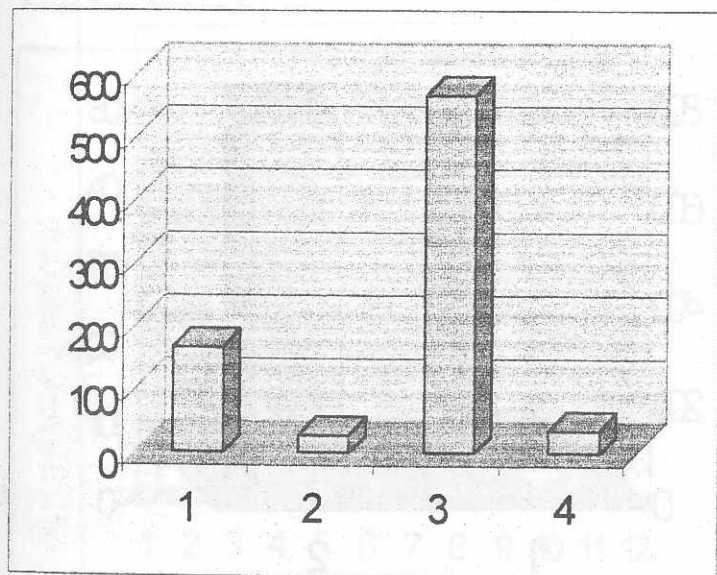


CUADRO Y GRAFICA No. 4

CONTROL PRENATAL Y COMPLICACIONES MATERNO - FETALES
EN PACIENTES CON Y SIN CONTROL PRENATAL, DEL HOSPITAL
NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT.
ABRIL, MAYO, JUNIO 1999

	SI	NO	FREC	%
CON CONTROL PRENATAL	168 (22.8%) 1	566 (77.2) 5	734	91.75
SIN CONTROL PRENATAL	28 (42.5%) 2	38 (57.5%) 4	66	22.8
	TOTAL		800	100

Fuente: Boleta de Datos

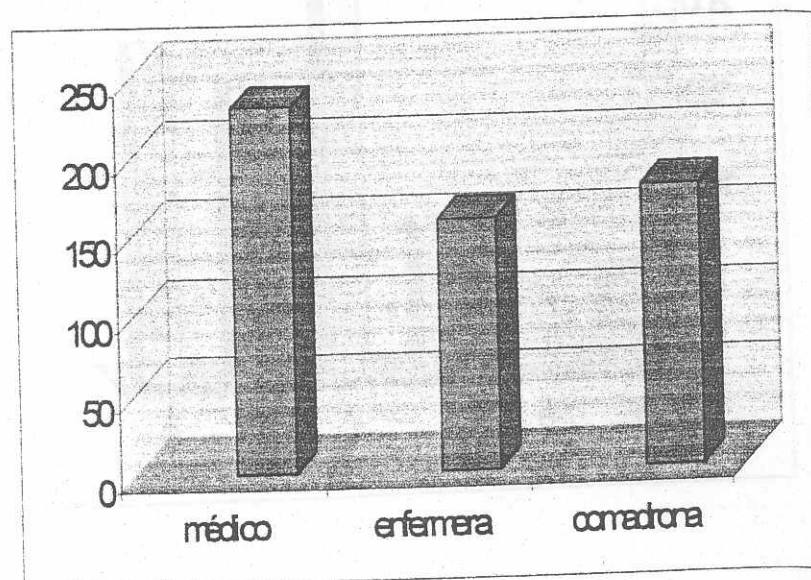


CUADRO Y GRAFICA No. 5

PERSONAL DE SALUD QUE ATENDIO A LAS PACIENTES QUE
ACUDIERON A LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL HOSPITAL
NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT
ABRIL, MAYO, JUNIO 1999

		SUBTOTALES	PORCENTAJE
PERSONAL QUE ATENDIO EL CONTROL PRENATAL	MEDICO	281	38.28%
	ENFERMERA	198	26.97%
	COMADRONA	255	34.75%
	TOTAL	734	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

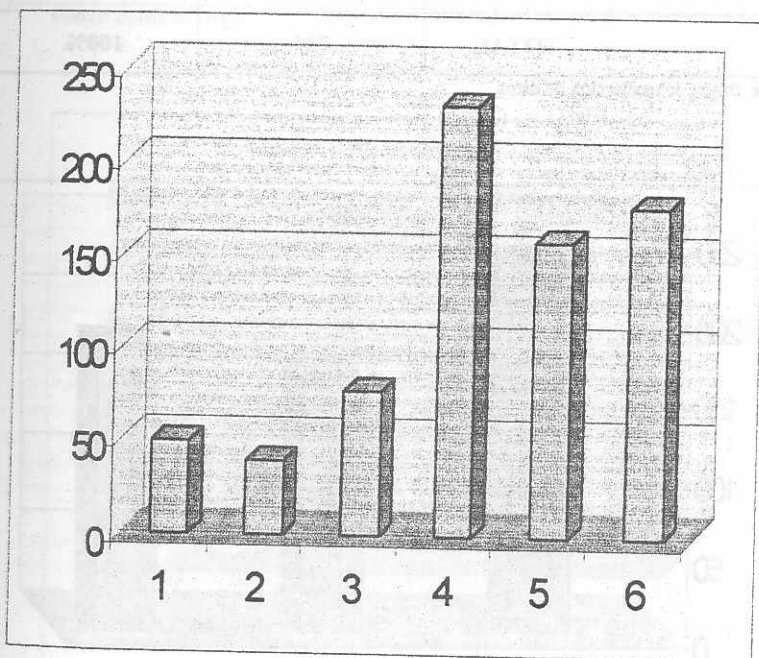


CUADRO Y GRAFICA No. 6

COMPLICACIONES MATERNO - FETALES Y PERSONAL DE SALUD QUE ATENDIO EL CONTROL PRENATAL EN PACIENTES DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT ABRIL, MAYO, JUNIO 1999

PERSONAL QUE ATENDIO EL CONTROL PRENATAL		SI	NO	FREC	%
	Médico	50 (17.8%) 1	231 (82.2%) 4	281	38.28
	Enfermera	40 (20.2%) 2	158 (79.8%) 5	198	26.97
	Comadrona	78 (30.6%) 3	177 (69.4%) 6	255	34.75
	TOTAL			734	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

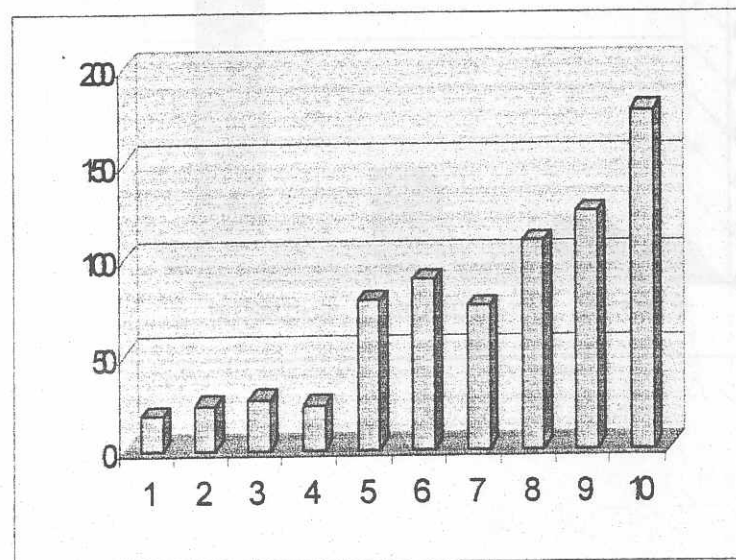


CUADRO Y GRAFICA No. 7

NIVEL DE ATENCION DEL CONTROL PRENATAL Y COMPLICACIONES MATERNO - FETALES, DE PACIENTES A QUIENES SE ATENDIO EL PARTO EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT ABRIL, MAYO, JUNIO 1999

NIVEL DE ATENCION EN DONDE SE REALIZO EL CONTROL PRENATAL		SI	NO	FREC	%
	Hospital	18 (16.9%) 1	88 (83.1%) 6	106	14.4
	Centro de salud	23 (23.5%) 2	75 (76.5%) 7	98	13.3
	Puesto de salud	26 (20.3%) 3	102 (79.7%) 8	128	17.4
	Clinica particular	23 (15.6%) 4	124 (84.4%) 9	147	20
	Casa comadrona	78 (30.6%) 5	177 (69.4%) 10	255	34.7
	TOTAL			734	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

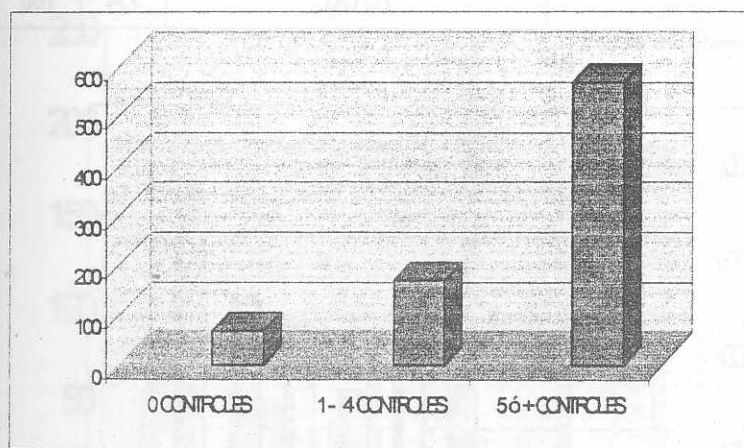


CUADRO Y GRAFICA No. 8

NUMERO DE CONTROLES PRENATALES DE PACIENTES A QUIENES SE ATENDIO EL PARTO EN HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT
ABRIL, MAYO, JUNIO 1999

	CONTROL PRENATAL	
0 CONTROLES	66	8.25%
1 - 4 CONTROLES	169	21.25%
5 ó + CONTROLES	565	70.5%
TOTAL	800	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos

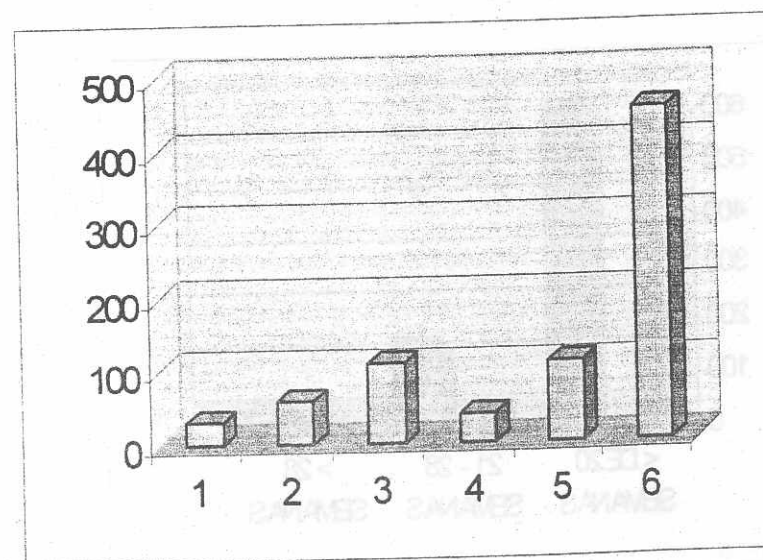


CUADRO Y GRAFICA No. 9

NUMERO DE CONTROLES PRENATALES Y COMPLICACIONES MATERNO - FETALES, EN PACIENTES DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT
ABRIL, MAYO, JUNIO 1999

NUMERO DE CONTROLES PRENATALES		SI	NO	FREC	%	
	0 Controles	28 (42.5%)	38 (57.5%)	4	66	8.25
	1 - 4 Controles	59 (34.9%)	110 (65.1%)	5	169	21.25
	5 o más Controles	109 (19.3%)	456 (80.7%)	6	565	70.5
		TOTAL		800	100	

Fuente: Boleta de Datos

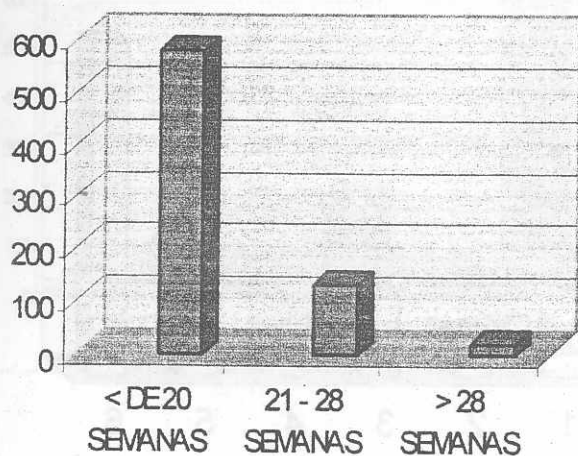


CUADRO Y GRAFICA No. 10

EDAD GESTACIONAL AL PRIMER CONTROL PRENATAL, DE LAS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA ATENCION DEL PARTO, AL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT. ABRIL, MAYO, JUNIO 1999

	SEMANAS DE GESTACION	SUBTOTAL	PORCENTAJE
EDAD GESTACIONAL AL PRIMER CONTROL	< DE 20 SEMANAS	582	79.29%
	21 - 28 SEMANAS	133	18.12%
	> DE 28 SEMANAS	19	2.58%
	TOTAL	734	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos

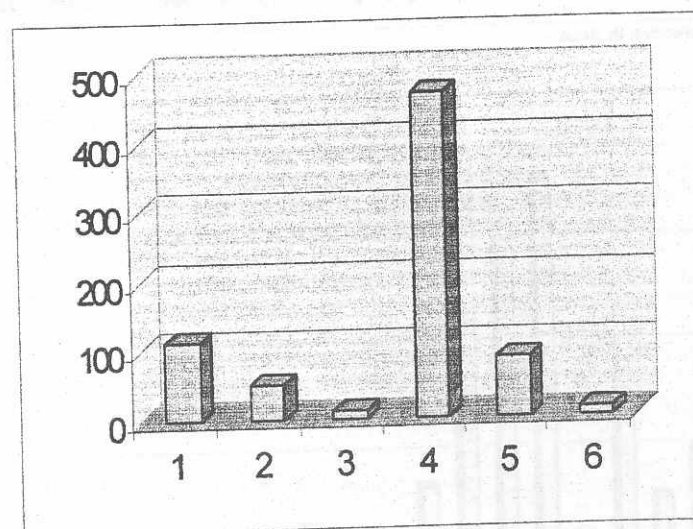


CUADRO Y GRAFICA No. 11

EDAD GESTACIONAL AL PRIMER CONTROL PRENATAL Y COMPLICACIONES MATERNO - FETALES DE LAS PACIENTES A QUIENES SE ATENDIO EL PARTO EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT ABRIL, MAYO, JUNIO 1999

EDAD GESTACIONAL AL PRIMER CONTROL		SI	NO	F	%
	< de 20 semanas	112 (19.2%)	470 (80.8%)	582	79.29
	21 a 28 semanas	48 (36%)	85 (64%)	133	18.12
	> de 28 semanas	8 (42%)	11 (58%)	19	2.58

Fuente: Boleta de recolección de datos



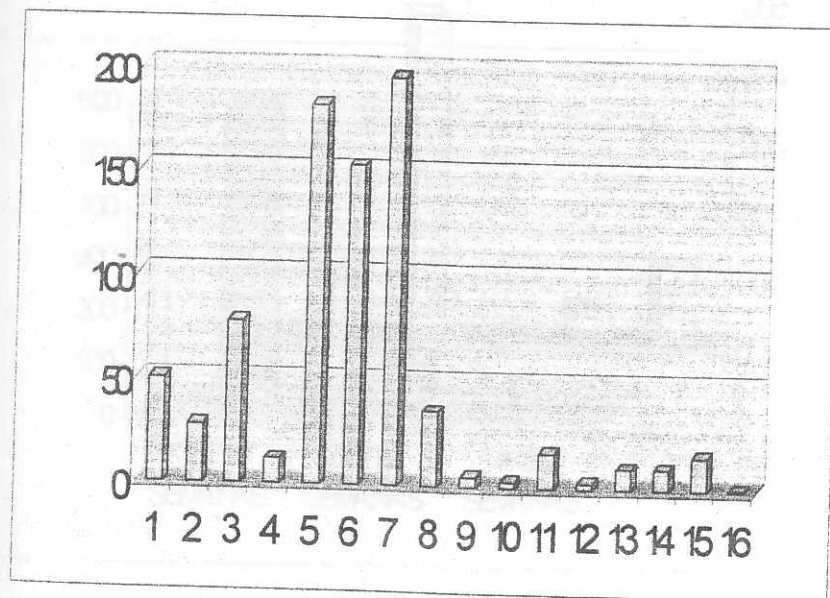
CUADRO Y GRAFICA No. 12

PARIDAD Y PRESENCIA DE COMPLICACIONES MATERNO - FETALES EN PACIENTES CON Y SIN CONTROL PRENATAL, QUE ACUDIERON A LA ATENCION DEL PARTO EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT

ABRIL, MAYO, JUNIO 1999

		CON CONTROL PRENATAL		SIN CONTROL PRENATAL	
		Con complicación materno-fetal	Sin complicación materno-fetal	Con complicación materno-fetal	Sin complicación materno-fetal
P A R I D A D	Primigesta	50 (20.2%) 1	182 (73.7%) 5	5 (2.02%) 9	9 (4.08%) 15
	Primipara	28 (14.4%) 2	153 (79%) 6	3 (1.5%) 10	10 (6.6%) 14
	Multipara	78 (25.4%) 5	196 (63.8%) 7	17 (5.5%) 11	16 (5.2%) 15
	Gran Multipara	12 (23.%) 4	36 (69.2%) 8	3 (5.8%) 12	1 (1.9%) 16

Fuente: Boleta de recolección de datos.



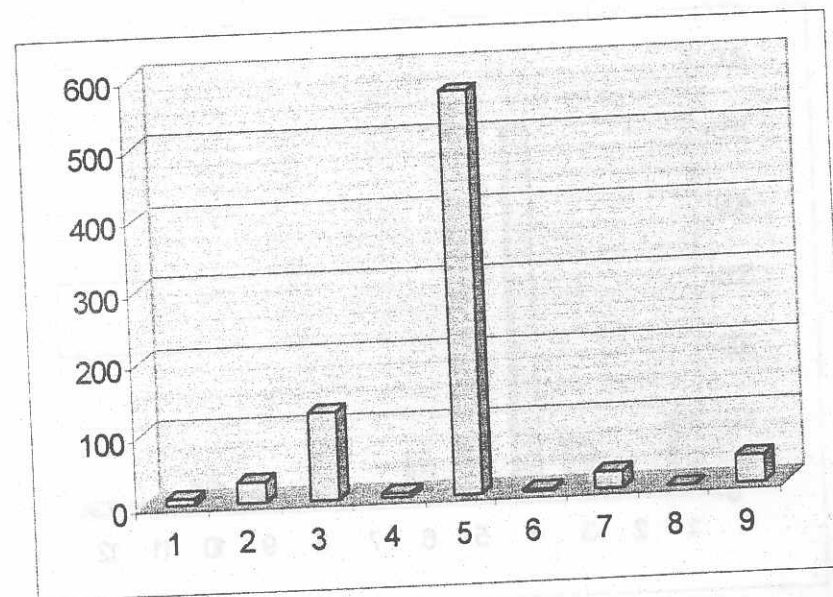
CUADRO Y GRAFICA No. 13

EDAD MATERNA Y COMPLICACIONES MATERNO - FETALES EN PACIENTES CON Y SIN CONTROL PRENATAL, QUE ACUDIERON A LA ATENCION DEL PARTO, EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT

ABRIL, MAYO, JUNIO 1999

		CON CONTROL PRENATAL		SIN CONTROL PRENATAL	
		Con complicación materno-fetal	Sin complicación materno-fetal	Con complicación materno-fetal	Sin complicación materno-fetal
E M D A T E R N A	< 15 años	2 (15.4%) 1	7 (53.8%) 4	0 (0%) 7	4 (30.8%) 10
	16-34 años	140 (19.4%) 2	525 (72.7%) 5	25 (3.5%) 8	32 (4.4%) 11
	> 35 años	26 (40%) 5	34 (52.3%) 6	3 (4.6%) 9	2 (3.1%) 12

Fuente: Boleta de recolección de datos.

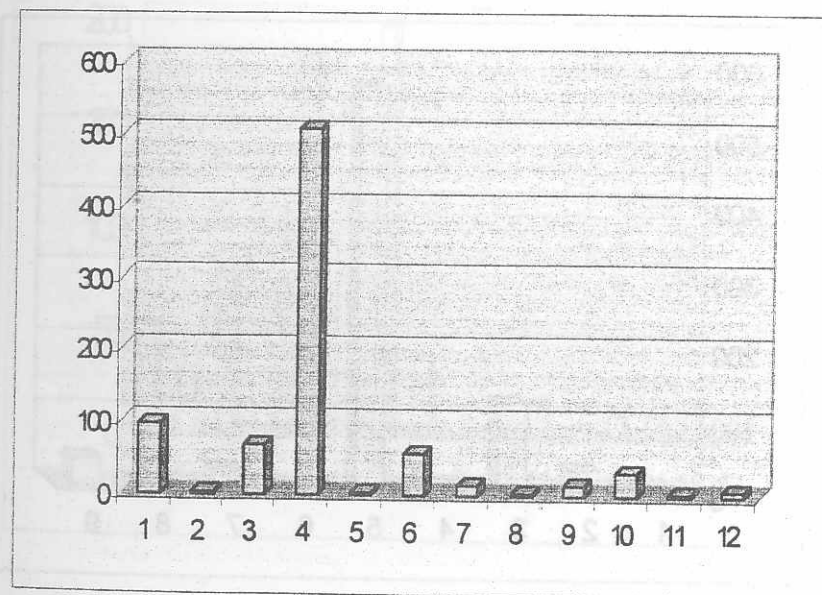


CUADRO Y GRAFICA No. 14

VIA DE RESOLUCION DEL PARTO Y COMPLICACIONES
MATERNO - FETALES EN PACIENTES DE MATERNIDAD DEL
HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT.
ABRIL, MAYO, JUNIO 1999

		CON CONTROL PRENATAL		SIN CONTROL PRENATAL	
		Con complicacion materno-fetal	Sin complicacion materno-fetal	Con complicacion materno-fetal	Sin complicacion materno-fetal
P A R T O	Vaginal eutósico	95 (14.7%) 1	507 (78.4%) 4	13 (2%) 7	32 (4.9%) 10
	Vaginal distósico	4 (44.4%) 2	3 (33.3%) 5	1 (11.15%) 8	1 (11.15%) 11
	Cesárea	69 (47.9%) 5	56 (38.9%) 6	14 (9.7%) 9	5 (3.5%) 12

Fuente: Boleta de recolección de datos.

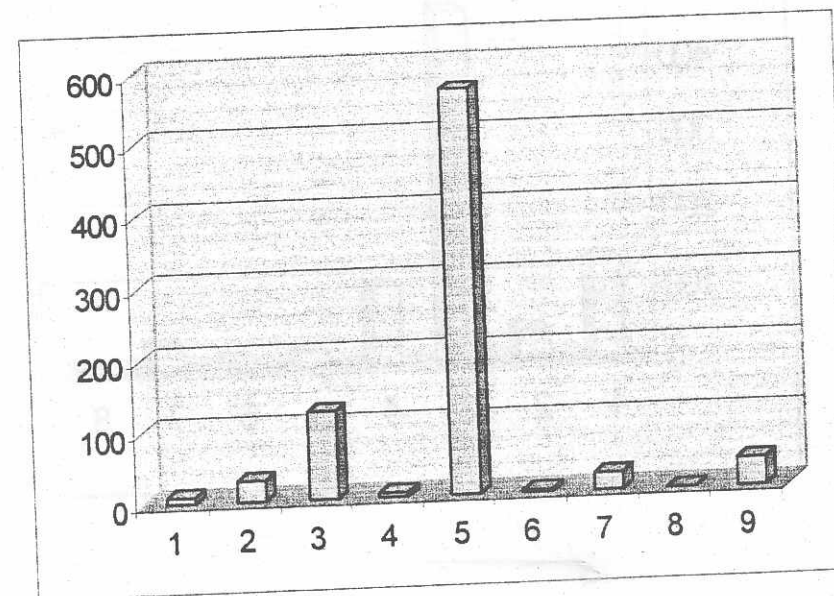


CUADRO Y GRAFICA No. 15

EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL PARTO Y COMPLICACIONES
MATERNO - FETALES EN PACIENTES CON Y SIN CONTROL PRENATAL
DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE
BETHANCOURT.
ABRIL, MAYO, JUNIO 1999

		CON CONTROL PRENATAL		SIN CONTROL PRENATAL	
		Con complicación materno-fetal	Sin complicación materno-fetal	Con complicación materno-fetal	Sin complicación materno-fetal
EDAD GESTA- CIONAL AL MOMEN- TO DEL PARTO	28-32 s.	10 (100%) 1			
	32-36 s.	30 (90.9%) 2		3 (9.1%) 6	
	37-41 s.	122 (16.26%) 5	566 (75.5%) 5	24 (3.2%) 7	38 (5.04%) 9
	42 ó + s.	6 (85.7%) 4		1 (14.3%) 8	

Fuente: Boleta de recolección de datos.

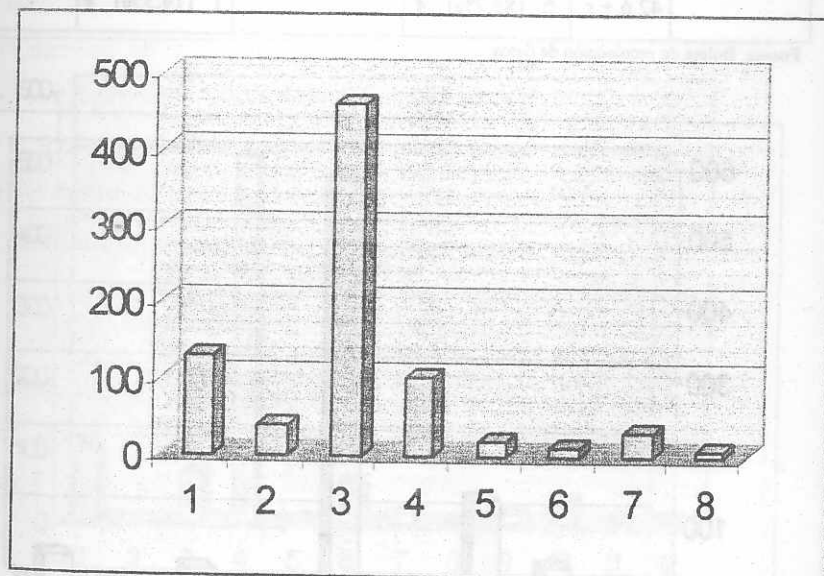


CUADRO Y GRAFICA No. 16

ALFABETISMO Y PRESENCIA DE COMPLICACIONES MATERNO - FETALES EN PACIENTES CON Y SIN CONTROL PRENATAL, QUE ACUDIERON A LA ATENCION DEL PARTO AL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT. ABRIL, MAYO, JUNIO 1999

	CON CONTROL PRENATAL		SIN CONTROL PRENATAL	
	Con Complicación materno - fetal	Sin Complicación materno - fetal	Con Complicación materno - fetal	Sin Complicación materno - fetal
ALFABETA	131 (20.4%) 1	463 (72.1%) 5	18 (2.8%) 5	30 (4.7%) 7
ANALFABETA	37 (23.4%) 2	103 (65.2%) 4	10 (6.3%) 6	8 (5.1%) 8

Fuente: Boleta de recolección de datos.



ANALISIS DE RESULTADOS:

En este estudio se investigó a 800 pacientes a quienes se les atendió el parto en el Hospital Nacional de Antigua, se evidenció que entre las complicaciones maternas más frecuentes están el Trabajo de Parto Prematuro, las Distocias, la Ruptura Prematura de Membranas Ovulares, y los Trastornos Hipertensivos en su orden de aparición. Entre las complicaciones fetales más frecuentes se presentaron, la Prematurez, el Bajo Peso al Nacer, y el Retardo en el Crecimiento Intrauterino.

91.75% de pacientes *si* tuvo control prenatal. Este elevado porcentaje de pacientes con control se explica porque el departamento de Sacatepéquez es más accesible en relación a distancias entre la población y los distintos niveles de atención, incluidas las comadronas. Evidentemente quienes tuvieron control prenatal, fueron quienes menor porcentaje de complicaciones presentó (ver cuadro No. 4), lo que confirma la influencia positiva que tiene el control prenatal en el embarazo, cuya finalidad consiste en garantizar en todo lo posible, un embarazo no complicado y el nacimiento de un lactante vivo y sano.

El mayor porcentaje de pacientes recibió atención prenatal por médicos (ver cuadro No. 5) aclarando que en este estudio se incluyó clínicas privadas, además de Hospitales Nacionales, Centros de Salud y Puestos de Salud. Esto se explica por razones de acceso a la cabecera departamental y cercanía con los distintos niveles de atención en salud, donde la atención es prestada en buen porcentaje por personal médico. Las pacientes atendidas por médico en control prenatal fueron las que menos complicaciones presentaron al momento

del parto, lo contrario a las comadronas, ello hace ver la importancia de la calidad del control prenatal, que implica la capacidad de reconocer las anormalidades que tienden a ocurrir en el embarazo, a través de la observación intensiva e intervención mínima, pero apropiada y oportuna de las mismas, también pone de manifiesto la importancia de la adecuada capacitación a las comadronas, que forma parte de los objetivos del plan nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal en nuestro país. (ver cuadro No. 6)

Según el nivel de atención en donde se llevó a cabo el control prenatal, el mayor porcentaje recibió atención por Comadronas, ya que se sabe que en cada comunidad de Sacatepéquez y departamentos circunvecinos hay por lo menos una comadrona, sin embargo las pacientes atendidas por ellas constituyeron la mayoría de pacientes complicadas, lo cual no solo es responsabilidad de la comadrona, ya que también contribuyen en su aparición múltiples factores socioculturales y económicos, por ello es importante motivar a las comadronas para identificar y referir a las embarazadas de alto riesgo y/o con complicaciones o emergencias. Las pacientes atendidas en Hospitales Nacionales fueron las que menos presentaron complicaciones al momento del parto, evidentemente porque en los mismos hay mas recursos diagnósticos y terapéuticos. (ver cuadro No. 7).

La mayoría de pacientes asistió a 5 o más controles. Se hizo evidente la importancia de la periodicidad del control prenatal, ya que mientras menos controles prenatales llevaron, más presentaron complicaciones. El mayor porcentaje de pacientes tuvo el primer control prenatal antes de la 20 semana de gestación, y estas pacientes fueron las que menos presentaron

complicaciones, esto demuestra la importancia del inicio temprano de los controles prenatales, además de su frecuencia que no debería ser menor de 5 controles, también puede decirse que a menor número de visitas, menores posibilidades hay de diagnosticar patologías asociadas al embarazo. (cuadro 8 y 9).

Las pacientes al momento del parto con edad gestacional a termino constituyen el mayor porcentaje de pacientes a quienes se atendió el parto, seguidos por los pretermino y los posttermino. La mayoría de las gestaciones con trabajo de parto pretermino y posttermino, tuvieron control prenatal. Los embarazos pretermino en nuestro medio se explican por el nivel socioeconómico bajo, nutrición y educación deficiente y enfermedades o infecciones intercurrentes no tratadas, lo cual hace difícil que el control prenatal, principalmente si no es de calidad, influya positivamente en el desenlace del embarazo, por ello es importante la referencia a niveles de atención capaces de modificar en la medida de lo posible los factores de riesgo. (cuadro No. 15).

El mayor porcentaje de pacientes atendidas fue de multiparas, seguido en su orden por primigestas, primiparas y gran multiparas. Las pacientes que presentaron en mayor porcentaje complicaciones materno - fetales fueron las multiparas hayan tenido o no control prenatal, es importante notar que según la literatura a mayor número de gestaciones a termino mejores son los resultados, sin embargo este estudio demuestra lo contrario, y puede ser debido a factores de riesgo preconcepcionales y del embarazo. Lo que si coincide con la literatura es, que las que menos presentaron complicaciones fueron las primiparas. (cuadro No. 12).

Las pacientes con edad mayor o igual a 35 años que no llevaron control prenatal presentaron más complicaciones con relación a los otros grupos etareos. Lo cual hace ver la importancia de un embarazo a esta edad máxime sin control prenatal, ya que las mujeres por arriba de los 29 años tienen índices más altos de morbi - mortalidad materno - perinatal, además que la edad materna avanzada tiende a asociarse con hipertensión, obesidad, diabetes, etc. (cuadro No. 13).

La mayoría de pacientes del estudio es alfabeta. Es importante destacar que los porcentajes de pacientes con complicaciones fue superior en pacientes analfabetas, hayan o no tenido control prenatal, lo que recalca una vez más el bajo nivel educacional y económico como una característica de riesgo para presentar complicaciones materno - fetales. (cuadro No. 16).

CONCLUSIONES:

1. Las complicaciones maternas más frecuentes que se presentaron son el trabajo de parto prematuro, las distocias y la ruptura prematura de membranas ovulares, y no difieren de lo referido en la bibliografía, lo que es válido para las complicaciones fetales las cuales son prematuridad, bajo peso al nacer y síndrome de distres respiratorio.
2. La accesibilidad geográfica facilitó que la mayoría de pacientes acudiera a control prenatal, y el mayor porcentaje de atención prenatal fue prestada por médicos, incluyendo clínicas privadas.
3. Se concluye que lo que contribuyó a que solo 22.8% de la muestra presentara complicaciones fue que las pacientes en su mayoría acudieron 5 o más veces a control prenatal y antes de la 20 semana de gestación.
4. En conclusión las características epidemiológicas que predisponen a las complicaciones materno - fetales son No llevar control prenatal, asistir menos de 5 veces a control y hacerlo luego de la 20 semana de gestación, ser multipara, ser mayor de 35 años y ser analfabeta.

RECOMENDACIONES:

1. Enfatizar sobre todo a la población en edad reproductiva sobre la importancia del control prenatal antes de la 20 semana de gestación y una asistencia mínima de 5 consultas prenatales.
2. Promover la concientización del personal de salud en los distintos niveles de atención sobre la importancia de un control prenatal de calidad y la referencia oportuna cuando sea necesaria, así como promover la adecuada capacitación de las comadronas a nivel departamental y en el área de influencia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.
3. Fundamentado en que las pacientes multiparas presentaron en mayor grado complicaciones, se recomienda mejorar el plan educacional hacia las familias en la comunidad sobre la importancia de la planificación familiar, el espaciamiento de los embarazos y la prevención de los factores de riesgo reproductivo.
4. Proveer a los distintos niveles de atención en el departamento de Sacatepéquez del material mínimo necesario para efectuar un control prenatal adecuado y completo.

RESUMEN:

Este estudio incluyó a 800 pacientes, que acudieron a la atención del parto al Hospital Nacional de Antigua, desde la 28s semana de gestación, con trabajo de parto, con o sin control prenatal a quienes se entrevistó y luego se observó el resultado del parto. Se evidenció que las complicaciones maternas más frecuentes atendidas en dicho Hospital están el trabajo de parto prematuro 28%, las distocias 25%, la ruptura prematura de membranas ovulares 13% y los trastornos hipertensivos 12.3%. Entre las complicaciones fetales más frecuentes están la prematuridad 25%, el bajo peso al nacer 23%, y el retardo del crecimiento intrauterino 9.4%.

Se determinó que 91.75% de pacientes si tuvo control prenatal y 8.25% no lo tuvo, de las pacientes sin control prenatal 42.5% presentó complicaciones. El mayor porcentaje de controles prenatales fue efectuado por médicos 38.28%, luego por comadronas y personal de enfermería. La mayoría de pacientes que presentó complicaciones fue atendida en control prenatal por comadronas con 46% del total de complicaciones. Según el nivel de atención las comadronas atendieron a la mayoría de pacientes con 34.71%, el menor porcentaje fue atendido en Hospitales nacionales pero proporcionalmente fueron los que menos complicaciones presentaron al momento del parto contrario a las comadronas. 71% de pacientes se realizó más de 5 controles y 79% de pacientes lo tuvo antes de la 20 semana de gestación. 94% de los gestaciones finalizaron a término y 80% de las pacientes tuvo parto eutósico simple. Características epidemiológicas de riesgo constituyeron ser mayor de 35 años, ser multipara y ser analfabeta. Se comprobó que el control prenatal tuvo influencia positiva en la no aparición o reducción de las complicaciones materno - fetales.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.) American College of Obstetricians and Gynecologists. Standards for obstetric-gynecologic services, 6ª. Edición. Washington, D.C.; ACOG, 1985.
- 2.) Avalos C. I.; "Evaluación de la calidad de control prenatal", tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala. Fac. Ciencias Medicas. 1997.
- 3.) Centro Guatemalteco de Información de Medicamentos. Boletín Informativo. OPS./OMS. Volumen 3 No. 3 Julio/ Sept. 1993.
- 4.) Departamento de Registro y Estadística del Hospital Nacional de Antigua. Estadística del Departamento de Ginecobstetricia. 1997.
- 5.) Ferris Thomas F. Enfermedades medicas durante el embarazo. En: Principios de Medicina Interna de Harrison. 13ª. Edición pp 20 - 27, editorial Interamericana Mc. Graw Hill. 1994.
- 6.) Galvez R. G.; "Factores asociados a mortalidad materno fetal durante el embarazo y el parto", tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala. Fac. Ciencias Medicas. 1998.
- 7.) Gertler P, Rahman O, Feifer C, Asley D. Determinants of pregnancy outcomes and targeting of maternal health services in Jamaica. Rev. Soc Sci Med. 1993; 37:199 - 211.
- 8.) Informe sobre la conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgo. "La Prevención de la tragedia de las Muertes Maternas". OMS. Publicación Científica. Nairobi, Kenya. Febrero 1987.
- 9.) Instituto Nacional de Estadística. INE. Estimaciones para 1998.
- 10.) Jasper Chiwuzie. Et.al. Maternidad sin riesgo. Aspectos socioculturales de la hemorragia en el embarazo. En: Foro Mundial de la Salud. Rev. Internacional de desarrollo sanitario. OMS, GINEBRA. Vol.18ª .No.2 1997(206 - 209).

- 11.) Kotelkuch M. An Evaluation of the Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. Am J. Public Health 1994;84: 1414-1420.
- 12.) Martin L. Pernoll, MD y Cathy Mih Taylor, MD. Et al. Embarazo normal y cuidados prenatales. En "Diagnostico y tratamiento ginecobstétricos" 7 edición en español. Editorial El Manual Moderno 1997(pp. 217-240).
- 13.) Norma Oficial Mexicana, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Mexico D.F. Diario Oficial de la Federación. 1995.
- 14.) Normas de Atención de Salud Materno Infantil; Plan Nacional de Salud MSPAS, Guatemala 1,992.
- 15.) Plan Nacional para la reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal. MSPAS. Guatemala, 1997.
- 16.) Population Reports. "Muertes y lesiones evitables" Rev. Publicada por: Population Information Program, Center for communication programs. The Johns Hopkins University School of Public Health. Baltimore Maryland. Vol.25, No.1 Septiembre 1997.(4-7).
- 17.) Safe Motherhood News - Letter, WHO. No.2 1998.
- 18.) Sánchez- Pérez Hector J. Et.al. Bienestar social y servicios de salud en la región Frailesca de Chiapas: El uso de los servicios de atención prenatal. Rev. Salud Publica de México. Vol. 39, No. 6 Diciembre 1997.(530-537).
- 19.) 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.
- 20.) Sistema Integral de Atención en Salud. Control prenatal y atención de parto y recién nacido y puerperio. Publicación del M.S.P.A.S., Diciembre 1997.

- 21.) Sikorski J. Et.al. Randomised controlled trial comparing two schedules of antenatal visits: The Antenatal care project. Br. Med J. 1996;312;(546-553).
- 22.) Sokol Robert J. Et.al Métodos de valoración para el embarazo con riesgo. En: Diagnóstico y tratamiento Ginecobstetrico. 7 ed. Editorial el manual moderno. 1997.(333-370)
- 23.) Williams Obstetricia. Cuidados Prenatales y adaptación materna al embarazo. 4 edición. Editorial Interamericana 1994 (176 - 199)
- 24.) Winikoff, Beverly. Salud de la Mujer: Una perspectiva diferente para escoger intervenciones. Vol 19, numero 4 Julio/Agosto. 1988, 197 -214.

ANEXOS:

COMPLICACIONES MATERNO - FETALES Y CONTROL PRENATAL

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Edad: _____

Registro clínico No. _____

Alfabeta: sí _____ no _____

Edad gestacional:

- 20 - 27 semanas _____
- 28 - 32 semanas _____
- 32 - 36 semanas _____
- > 37 semanas _____
- Altura Uterina: _____

Paridad:

- primigesta _____
- primipara _____
- multipara _____
- gran multipara _____

Recibió control prenatal: _____

sí _____ no _____

Edad gestacional al primer control: _____

- < de 20 semanas _____
- 21 - 28 semanas _____
- > 28 semanas _____

Lugar donde se efectuó el control prenatal:

Hospital _____ Centro de salud _____ Puesto de salud _____

Clinica particular _____ Casa Comadrona _____

Numero de controles prenatales que se realizó: 0 : _____

1 a 4 : _____

5 ó + : _____

Que personal la atendió en el control prenatal:

Médico (a): _____

Enfermero (a): _____

Comadrona: _____

Presencia de complicaciones al momento del parto actual:

- Maternas: Sí: _____

No: _____

- Fetales: Sí: _____

No: _____

- Tipo de complicación: _____

Vía de resolución del parto:

Vaginal eutósico: _____

Vaginal distósico: _____

Cesárea: _____