

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**EVALUACION DEL DESEMPEÑO Y CALIDAD DEL SERVICIO DE
CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO Y PUESTOS DE SALUD
DEL MUNICIPIO DE TECPAN GUATEMALA, CHIMALTENANGO.
ABRIL – MAYO 2002.**

**ERIK ALEJANDRO CALDERON BARRAZA
MEDICO Y CIRUJANO**

Guatemala, julio de 2002

INDICE

| | Pág. |
|--|------|
| I. INTRODUCCION | 1 |
| II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA | 4 |
| III. JUSTIFICACION | 7 |
| IV. OBJETIVOS | 10 |
| V. REVISION BIBLIOGRAFICA | 11 |
| VI. MATERIAL Y METODOS | 54 |
| VII. PRESENTACION, ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS | 61 |
| VIII. CONCLUSIONES | 83 |
| IX. RECOMENDACIONES | 85 |
| X. RESUMEN | 87 |
| XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 89 |
| XII. ANEXO | 93 |

I. INTRODUCCION.

Todo embarazo implica algún grado de riesgo de presentar complicaciones o provocar la muerte, ya sea a la madre, a su hijo, o ambos; es de suma importancia que una adecuada vigilancia se inicie una vez confirmado el embarazo y realizar un control de seguimiento, a través de consultas periódicas a lo largo de toda la gestación.

La atención prenatal que ha de brindarse, debe ser oportuna, eficiente, equitativa y de calidad, para lo cual se necesita que el personal de salud esté capacitado para cumplir con las funciones que le competen. Por lo tanto, cada establecimiento junto a su personal de salud a cargo, deben ser sometidos a procesos de capacitación, implementación, supervisión y evaluación de la calidad de atención que se brinda en los servicios.

En países como el nuestro, las tasas de natalidad, mortalidad materna y mortalidad perinatal, aún presentan cifras significativamente altas en relación a otros países más desarrollados. En áreas rurales es común encontrar familias numerosas, y muchas veces las mujeres no esperan ni siquiera a dejar de darle de mamar a su bebé cuando ya quedan nuevamente embarazadas.(23) Es en estos lugares, sobre todo en los más alejados y de difícil acceso, donde los establecimientos de salud pública de primer nivel, absorben la mayoría de pacientes embarazadas.

La solución adecuada y oportuna, de las necesidades de salud de las pacientes, que se clasifican en el grupo de menor riesgo en este

nivel de menor complejidad, contribuye a un mejor tamizaje de pacientes según su riesgo gestacional y evita una referencia innecesaria a niveles de mayor capacidad resolutive, de mayor costo y muchas veces, con dificultades de acceso para la población. (5)

Además de los servicios de salud, debe de existir un esfuerzo conjunto de las mujeres, las familias las comunidades, la sociedad civil y los gobiernos, en la construcción de un medio ambiente protector bajo el concepto de maternidad saludable.(15)

El presente trabajo de investigación, se realizó con el objetivo principal de evaluar la calidad y el desempeño, con que actualmente se presta el servicio de control prenatal en los establecimientos de salud pública, ubicados en el municipio de Tecpán Guatemala, departamento de Chimaltenango.

Para llevar a cabo el proceso de evaluación, se utilizó una metodología observacional descriptiva. En cada establecimiento, se evaluó el conocimiento científico del personal de salud, los recursos materiales con que cuenta y la motivación con que se brinda la atención por parte del personal.

Se determinó con la información obtenida, que a nivel general existe deficiencia en las tres áreas evaluadas, siendo el conocimiento científico donde se observó mayor deficiencia, específicamente en aspectos clínicos relacionados con la ficha clínica, examen físico, plan educacional y plan de seguimiento.

Se evidenció que el recurso material con que se cuenta, es útil para la atención de embarazos normales y solventar situaciones obstétricas de bajo riesgo, sin embargo, no es suficiente para llevar a cabo una atención prenatal básica completa.

La motivación con que el personal de salud realiza su labor, presentó menor deficiencia, toda paciente es atendida con la cordialidad y respeto que merece.

Por lo tanto, existe deficiencia en la calidad y el desempeño de la atención prenatal que se brinda en el municipio. La implementación de capacitación periódica dirigida al personal de salud, así como la implementación de recursos materiales para una evaluación más completa de la paciente, constituyen medidas de acción, que en conjunto con la motivación del personal, contribuirían a mejorar significativamente la atención prenatal del lugar.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA.

Cuando se habla de control prenatal se hace referencia a una serie de actividades y procedimientos, cuyo objetivo primordial se resume en la culminación adecuada y a término de un embarazo, de tal manera que se logre un recién nacido y una madre sanos. Por la importancia que posee esta etapa de la vida, es indispensable que las medidas de control que se presten durante la evolución del embarazo sean las adecuadas.

Un estudio de casos y controles realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social revela que el control prenatal inadecuado resulta asociado significativamente con la muerte fetal tardía.(17)

Actualmente se encuentra que, en forma global, se han mejorado las condiciones de salud de la población en general, sin embargo, en los países en desarrollo como el nuestro, a pesar que durante los últimos años se han elaborado modelos de atención en salud dirigidos principalmente al grupo materno infantil, las tasas de morbilidad y mortalidad que se presentan en este grupo se mantienen aun desproporcionadamente altas.(15) En diversas situaciones, estos modelos de atención en salud, sufren deterioro ya que carecen de medidas de evaluación que originen procesos de retroalimentación para las intervenciones adecuadas a la situación de las comunidades.

En el caso del grupo materno, las complicaciones del embarazo, que no necesariamente son predecibles pero si prevenibles y evitables, figuran como las principales causas de mortalidad materna.

En América Latina y el Caribe la mortalidad materna no se ha reducido en forma significativa, en algunos países ha aumentado, lo que explica el riesgo de morir que una mujer tiene cada vez que se embaraza. Esto afecta sobre todo a las mujeres que viven en áreas rurales o en condiciones de marginalidad, muchas de ellas indígenas y/o adolescentes.(15, 23)

En Guatemala se han elaborado programas de atención en salud dirigidos principalmente al grupo materno infantil con los cuales se pretende la reducción de la mortalidad materna y perinatal, haciendo énfasis en la atención del embarazo, ya que según resultados de la Encuesta Materno Infantil realizada en noviembre de 1998 por el Instituto Nacional de Estadística de Guatemala (INE), la demanda de atención prenatal aumentó de un 53% en 1995 a un 60% en 1998.(10) Observándose mayor demanda de prestación de este tipo de servicio de salud de primer nivel en los departamentos, específicamente en las áreas rurales, lo cual implica que se debe contar con los recursos necesarios para el manejo de pacientes clasificadas dentro de ese nivel así como para la referencia y contrarreferencia de los casos más complejos. En este punto es importante destacar el servicio que prestan los centros y puestos de salud, los cuales brindan atención prenatal a la mayoría de las pacientes embarazadas de dichas áreas.

Por el impacto que ejerce el control prenatal en la salud materno-infantil, es necesario que se establezcan actividades que permitan la evaluación periódica de la calidad del servicio, prestando atención a la

estructura del servicio, al desarrollo del proceso, así como al producto obtenido, esto con el propósito de detectar aspectos que necesiten ser mejorados y poder así dirigir las acciones de intervención. Aunque no existe una cifra mágica para medir la calidad, solo la aplicación de distintos instrumentos pueden ofrecer una aproximación. Idealmente esta calidad tiene que ser evaluada en todos los niveles de atención que forman parte del sistema de salud. (14)

Este trabajo de investigación busca evaluar el desempeño y calidad del servicio de control prenatal que actualmente se presta en el centro y puestos de salud del MSPAS en el municipio de Tecpán Guatemala, Chimaltenango y en base a los resultados obtenidos poder detectar aspectos de la atención prenatal que necesiten ser mejorados para brindar a la población un servicio de mayor calidad.

III. JUSTIFICACION.

El control prenatal debe basarse en una adecuada vigilancia durante la gestación ya que todo embarazo implica algún grado de riesgo pues no es posible predecir con certeza y en forma individual cuando aparecerá una complicación que pueda provocar la muerte a la madre, al hijo o ambos.(16)

Sin embargo, no es suficiente la detección de riesgo en el embarazo, también es necesario identificar a todas las mujeres que desarrollarán complicaciones durante el trabajo de parto o el parto mismo. En muchos países, la razón puede estar relacionada con la mala calidad de atención, incluyendo las aptitudes, actitudes y motivación de los trabajadores de la salud. Otra limitación importante es que las complicaciones también ocurren en mujeres que no presentan factores de riesgo. Como las complicaciones obstétricas muchas veces no se pueden predecir, deben realizarse esfuerzos para brindar cuidados esenciales que sean accesibles, aceptables y que estén disponibles para todas las mujeres embarazadas.

Hay muchas razones para insistir en la calidad de la atención prenatal, puesto que el embarazo se debe considerar como un período especial durante el cual todas las mujeres deben tener acceso a los cuidados apropiados, acorde a su estado y buscar tratamiento para ciertos signos y síntomas. Muchas de las complicaciones pueden prevenirse ofreciendo cuidados de buena calidad durante el periodo prenatal. (16)

Diariamente mueren 1600 mujeres por complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Esto sitúa la tasa de mortalidad materna a nivel mundial en 430 muertes por 100,000nv. (15)

Actualmente Guatemala ocupa el primer lugar de mortalidad materna en Centroamérica y el segundo en América Latina después de Haití. (23) La tasa de mortalidad materna durante el periodo 1990-1998 fue de 190 por 100,000 n.v., (20) Figurando como causas principales los problemas antes, durante y después del embarazo, siendo la mujer indígena y del área rural la mas afectada. (23)

El 40% de la población materna recibe atención de instituciones públicas (25% de ésta es cubierta por el MSPAS y 15% por el IGSS). (20,23) A nivel municipal, los puestos de salud, tanto del MSPAS como del IGSS son atendidos por personal auxiliar y los centros de salud tienen atención profesional con horario restringido. De tal forma que en el área rural el 49.6% de los controles prenatales son proporcionados por personal de enfermería y comadronas y el 35.7% por médico. (10)

El control prenatal adecuado es por lo tanto no solo una necesidad para lograr el bienestar materno infantil, sino también indispensable para la salud de la unidad familiar guatemalteca.

El departamento de Chimaltenango se encuentra entre los de mayor índice de mortalidad materna en Guatemala. Tecpán Guatemala municipio de Chimaltenango, posee entre sus prioridades

de problemas de salud el área materno perinatal. Cuenta con un centro y 10 puestos de salud. Durante el año 2001 se reportaron un total de 2,308 mujeres embarazadas que asistieron a control prenatal al centro y a los diferentes puestos de salud, se registraron 2494 nacimientos y 1128 partos en mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años. Situándose la tasa de natalidad 43.36 por 1000 n.v., y la de fecundidad en 216.79 por 1000 n.v. Es importante destacar el hecho de que la tasa de mortalidad materna descendió de 68.5 en el año 1999 a 0 en los años 2000 y 2001. Por otra parte se presentan entre las principales causas de morbilidad, la anemia y la desnutrición maternas. Además se registraron 34 mortinatos durante el año, cifra que se ha mantenido en años anteriores. Todo lo anterior evidencia que la atención prenatal posee una elevada demanda en el municipio.

(13)

Por lo antes expuesto es necesario evaluar los niveles de desempeño del servicio de control prenatal en las instituciones de salud a través de instrumentos que permitan realizar el diagnóstico para identificar las brechas en el desempeño lo cual contribuirá a mejorar la calidad en la prestación del servicio a las futuras madres de manera equitativa, accesible, eficaz y eficiente.

IV. OBJETIVOS.

A. General.

Evaluar el desempeño y calidad del servicio de control prenatal que se presta a las mujeres embarazadas que asisten al centro y puestos de salud del municipio de Tecpán Guatemala.

B. Específicos.

1. Identificar deficiencia en el conocimiento que posee el personal de salud que interfiere en el desempeño y calidad del servicio de control prenatal del centro y puestos de salud del municipio de Tecpán Guatemala.
2. Identificar deficiencia en el recurso material que interfiere en el desempeño y calidad del servicio de control prenatal del centro y puestos de salud del municipio de Tecpán Guatemala.
3. Identificar deficiencia en la motivación que posee el personal de salud que interfiere en el desempeño y calidad del servicio de control prenatal del centro y puestos de salud del municipio de Tecpán Guatemala.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA.

A. Embarazo.

Definición: se define como el estado de la mujer que comprende desde el momento de fecundación, hasta el momento del parto.(1) Es importante comprender que ningún embarazo es igual que otro, aunque se desarrolle en la misma mujer, por lo que cada embarazo debe considerarse como el primero.

El embarazo es un proceso fisiológico normal y el resultado de la mayoría es positivo. Sin embargo, todos representan algún riesgo para la madre y el recién nacido; por lo tanto, es importante prevenir, detectar y tratar las complicaciones a tiempo, antes de que se conviertan en emergencias con amenaza para la vida de la madre y su bebé.

Para lograr un embarazo y un parto normal se debe realizar un adecuado control prenatal. (1,5)

B. Control prenatal.

- 1. Definición:** control prenatal es el conjunto de actividades y procedimientos que permiten la vigilancia adecuada de la evolución del embarazo, con el propósito de hacer una detección y prevención temprana de problemas; dar tratamiento apropiado y referirse las complicaciones oportunamente, con el objetivo de disminuir la muerte

materna y perinatal.(4, 7, 11) Además el control prenatal puede ser utilizado para preparar física y emocionalmente a la madre para el parto y para una adecuada lactancia materna y cuidados del recién nacido. (1)

2. **Inicio del control prenatal:** el inicio del control prenatal debe ser precoz, es decir que la primera consulta al médico debe hacerse durante el primer trimestre de embarazo.(1,8) Esto posibilita evaluar con mayor precisión la edad gestacional, y calcular la fecha en que probablemente se producirá el parto.(8) De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna. (7)

El control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura deber ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor. (7)

3. **Equipo básico:** aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo. El equipamiento básico consiste en un lugar físico con iluminación y climatización adecuada, camilla o mesa ginecológica, esfigmomanómetro, balanza con cartabón, cintas de medir flexibles, estetoscopio de Pinard, guantes de examen

ginecológico, espéculos vaginales, sistema de registro clínico y equipo humano de salud.(7) Con la infraestructura señalada se puede perfectamente lograr:

- a. Identificar factores de riesgo
- b. Diagnosticar la edad gestacional
- c. Diagnosticar la condición fetal
- d. Diagnosticar la condición materna
- e. Educar a la madre (16)

4. Evaluación inicial: en la primer consulta se efectuará una historia clínica completa, así como un examen físico que incluya peso, presión arterial, área cardiopulmonar, chequeo de mamas, abdomen y extremidades. El ultrasonido abdominal o vaginal puede ser útil para observar desde la sexta semana el latido cardíaco del embrión. Además del ultrasonido que comúnmente se realiza de rutina en todo control del embarazo, se solicitan exámenes básicos de laboratorio en forma inicial y posteriormente si el caso lo amerita.(18) También es importante efectuar un estudio del cuello uterino con Papanicolau y colposcopía. Se debe incluir además un control odontológico independientemente de la edad gestacional y el eventual tratamiento de caries o infecciones dentarias.(8, 9) Sin embargo, ante el temor de la gestante que la anestesia podría afectar a su hijo, el tratamiento podría ser postergado hasta luego del tercer mes de gestación.(4)

Es indispensable que se registren con claridad todos los datos importantes para el cuidado de la madre y del feto de modo que todos los miembros del equipo de atención de la salud puedan interpretarlos correctamente.(6)

La historia clínica inicial debe incluir los siguientes datos:
(1,9,18,19)

- a. Nombre.
- b. Edad.
- c. Sexo.
- d. Estado civil.
- e. Ocupación.
- f. Origen y lugar de residencia.
- g. Escolaridad.
- h. Religión.
- i. Motivo de consulta.
- j. Antecedentes patológicos: familiares, médicos, quirúrgicos, traumáticos, alérgicos, manías, gineco-obstétricos.
- k. Antecedentes personales: alimentación, hábitos, gineco-obstétricos (gestas, partos, cesáreas, abortos hijos vivos, hijos muertos, menarquía, número de parejas sexuales, fecha de última menstruación, fecha probable de parto, fecha de último Papanicolaou, ciclos menstruales, métodos anticonceptivos), inmunizaciones, tipo de sangre.
- l. Interrogatorio por aparatos y sistemas

Los antecedentes menstruales son de importancia puesto que la mujer que menstrúa con regularidad espontáneamente cada 28 días, mas o menos, tiene mayores probabilidades de ovular hacia la mitad del ciclo, en consecuencia, la edad gestacional será simplemente la cantidad de semanas transcurridas desde el inicio del último período menstrual. Es difícil establecer la fecha exacta del embarazo mediante el examen físico sin menstruaciones regulares, predecibles, cíclicas y espontáneas que sugieran ciclos ovulatorios. Es importante asegurar si se emplearon o no anticonceptivos antes del embarazo. Se debe descartar la posibilidad de la presencia de un dispositivo intrauterino, dado que algunas complicaciones del embarazo aumentan por encontrarse estos en el útero.(6, 24)

Se realizará un examen físico minucioso y dirigido a evaluar el bienestar materno fetal y a la búsqueda de alguna patología que deberá ser tratada de inmediato o citar para una próxima oportunidad. El examinador debe lavarse las manos antes de examinar a la paciente, situándola cómodamente en una camilla.(11)

El examen físico incluye:(1, 18, 19)

- a. Signos vitales
- b. Peso y talla
- c. Coloración. Se observan las superficies mucosas de la boca y conjuntivas, y las palmas, en busca de palidez notable, o cianosis.

- d. Dientes. Se examinan las encías y los dientes, y se registra el número de piezas faltantes o cariadas.
- e. Cuello. En el embarazo es normal la hipertrofia moderada del tiroides pero si coexiste con manos húmedas o calientes, taquicardia y un estado de agitación, es posible la tirotoxicosis.
- f. Mamas. Se hace inspección y palpación general de las mamas, en primer lugar para determinar su regularidad y ausencia de nódulos o masas que podrían indicar neoplasia, y en segundo lugar para la exploración de los pezones.
- g. Corazón. Se valora cuidadosamente su tamaño, frecuencia y la presencia de soplos.
- h. Tórax. Se observa la configuración y simetría del tórax, así como su grado de expansión.
- i. Abdomen. Se busca la presencia de cicatrices, visceromegalias, tono muscular.
- j. Medición de altura uterina
- k. Establecer situación, presentación, posición y
- l. Encajamiento fetal. (maniobras de Leopold)
- m. Movimientos fetales
- n. Frecuencia cardíaca fetal
- o. Actividad uterina
- p. Exploración cervicovaginal
- q. Miembros. Se busca edema y en los inferiores varicosidades.

r. Laboratorio: grupo sanguíneo y Rh, glicemia, confirmación de embarazo (si es necesario), HIV, ultrasonido, hematócrito, hemoglobina, heces, orina simple con urocultivo, VDRL, Papanicolau.

Si la paciente es continuadora de su control prenatal, se debe buscar la historia clínica correspondiente, y preguntar sobre molestias que pueda presentar. El examen físico se realizará como se mencionó anteriormente.(1)

En todas las citas de control prenatal en base a las preguntas y el examen físico se decidirá si el embarazo es o no de alto riesgo, o si la paciente presenta una enfermedad actual. Se debe de proporcionar tratamiento dirigido a la patología encontrada y además se brindará orientación y educación sobre aspectos como:

- a. Lactancia materna.
- b. Alimentación adecuada.
- c. Higiene.
- d. Cuidados del recién nacido.
- e. Señales de peligro.
- f. Vacunación antitetánica, etc. (7, 8, 16, 17, 18)

Todo los datos obtenidos se registraran en el expediente correspondiente. (1)

Durante la consulta por medio de la historia clínica y el examen físico se debe de poner atención sobre la presencia de cualquiera de los siguientes aspectos: multiparidad (más de 4 embarazos), muerte fetal o neonatal previa; 3 o más abortos sucesivos, peso de nacimiento previo bajo 2,500 gramos o sobre 4,500 gramos, parto prematuro previo menor de 35 semanas, anomalía congénita mayor, hospitalizaciones por hipertensión, preeclampsia o eclampsia en el último embarazo, cirugía uterina previa. complicaciones del embarazo actual, gestación múltiple, situación o presentación fetales anormales, mujeres que tengan niños menores de 2 años de edad o el último mayor de 6 años, edad materna menor de 19 o mayor de 35, isoinmunización por factor Rh, sangramiento vaginal, presión arterial diastólica igual o mayor a 90 mmHg al momento del control, masa pélvica, patologías médicas generales, hipertensión arterial, diabetes mellitus, patología renal o cardíaca, abuso de sustancias, incluido el alcohol, cualquier otra patología o condición médica como herpes genital, condilomas, malaria, tuberculosis, hepatitis, etc. La presencia de cualquiera de estos factores califica a la embarazada como de "alto riesgo", la cual debe ser referida a un centro de salud u hospital para su evaluación por personal calificado.(1, 5, 9)

Acciones y procedimientos que se realizan durante el control prenatal

| ACCIONES Y PROCEDIMIENTOS | INSTANCIA |
|--|-----------------------------------|
| ANAMNESIS MEDICA | PRIMER CONTROL Y SIGUIENTES |
| EXAMEN FISICO GENERAL | PRIMER CONTROL Y SIGUIENTES |
| EXAMEN GINECOLOGICO | PRIMER CONTROL |
| CONFIRMACION EMBARAZO | PRIMER CONTROL |
| TALLA | PRIMER CONTROL |
| PESO | EN CADA CONTROL |
| ESTADO NUTRICIONAL | EN CADA CONTROL |
| PRESION ARTERIAL | EN CADA CONTROL |
| ALTURA UTERINA | EN CADA CONTROL |
| EDAD GESTACIONAL | EN CADA CONTROL |
| MOVIMIENTOS FETALES | EN CADA CONTROL |
| DESCARTAR EMBARAZO MÚLTIPLE | EN CADA CONTROL |
| AUSCULTACIÓN FETAL | DESDE LAS 20 SEMANAS |
| DETECCION FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO | EN CADA CONTROL |
| ESPECULOSCOPIA | PRIMER CONTROL Y SEGUN NECESIDAD |
| EXAMEN ODONTOLÓGICO | PRIMER CONTROL |
| PRUEBA HIV | PRIMER CONTROL |
| PAPANICOLAOU | PRIMER CONTROL |
| HEMATOCRITO | PRIMER CONTROL, 28 Y 36 SEMANAS |
| VDRL | PRIMER CONTROL Y TERCER TRIMESTRE |
| GLICEMIA AYUNO | PRIMER CONTROL Y 28 SEMANAS |
| GLICEMIA POST 50 g DE GLUCOSA | A LAS 28 SEMANAS |
| UROCULTIVO Y/O EXAMEN DE ORINA SIMPLE | PRIMER CONTROL |
| HECES SIMPLE | PRIMER CONTROL |
| ALBUMINURIA CUALITATIVA (orina) | DESDE LAS 28 SEMANAS |
| GRUPO-RH | PRIMER CONTROL |
| ECOGRAFIA | PRIMER CONTROL, 28 Y 36 SEMANAS |
| EVALUACION CLINICA DE LA PELVIS | A PARTIR DE LAS 33 SEMANAS |
| EDUCACION MATERNA | EN CADA CONTROL |
| VACUNACION ANTITETANICA | PRIMER CONTROL |
| HIERRO Y ACIDO FOLICO SUPLEMENTARIOS | EN CADA CONTROL |
| DIAGNOSTICO SITUACION Y PRESENTACION FETAL | ULTIMO TRIMESTRE |

5. Duración normal del embarazo: la duración media de un embarazo, calculada desde el primer día del último período menstrual normal es muy cercana a 280 días, o 40 semanas. Se acostumbra estimar la fecha probable de parto agregando 7 días a la fecha del primer día del último período menstrual normal y contando 3 meses hacia atrás (regla de Naegele).(24) Otra manera alternativa de calcular la fecha probable de parto es sumándole 10 días a los días y restándole 3 meses a los meses (regla de Wahl), ejemplo: fecha última menstruación: 16/06/99, fecha probable de parto: 26/03/00).(2)

Se acostumbra dividir el embarazo en tres trimestres iguales de alrededor de 3 meses calendario cada uno. El primer trimestre hasta completar las 24 semanas, el segundo hasta completar las 28 semanas y el tercero desde la 29 hasta la 42 semanas.(24)

6. Diagnóstico de edad gestacional: los elementos clínicos que se utilizan para el cálculo de la edad gestacional, son el tiempo de amenorrea a partir del primer día de la última menstruación y el tamaño uterino. La relación volumen uterino/edad gestacional es adecuada, siempre que el examen obstétrico se efectúe antes del quinto mes.(7) Se ha demostrado que entre la semana 20 y 31 la altura fúndica en centímetros es igual a la edad gestacional en semanas. La vejiga debe estar vacía antes de proceder a la medición.

En niveles de atención prenatal de baja complejidad, y con embarazadas de bajo riesgo, los elementos clínicos enunciados pueden ser suficientes para fijar la edad gestacional y proceder en consecuencia. Idealmente, si se cuenta con el recurso ultrasonográfico, se debe practicar ese procedimiento para certificar la edad gestacional, teniendo en cuenta que su efectividad diagnóstica es máxima antes del quinto mes (error 7 días) y deficiente a partir del sexto mes (error 21 días).(2, 4)

Es necesario enfatizar que el diagnóstico de edad gestacional debe ser establecido a más tardar al segundo control prenatal, debido a que todas las acciones posteriores se realizan en relación a dicho diagnóstico. El desconocimiento de la edad gestacional constituye por sí mismo un factor de riesgo. La magnitud del riesgo estará dada por la prevalencia de partos prematuros, embarazos prolongados y retardo del crecimiento intrauterino en la población obstétrica bajo control. (7)

Desde el punto de vista clínico el dato más importante para el cálculo de la edad gestacional es la fecha de la última menstruación (F.U.M.) la cual, debe tener ciertas características para ser catalogada como cierta, segura y confiable para el cálculo de la edad gestacional: debe ser esperada y recordada por la paciente, haber sido precedida por 3 ciclos previos normales, no haber ingerido

anticonceptivos u otros compuestos hormonales en los 3 meses previos, y no haberse encontrado en lactancia en dicho momento.(2)

La edad gestacional se expresa en semanas, y se calcula de forma simple utilizando un gestómetro, o contando los meses transcurridos, multiplicándolo por 4 y sumándole 2, 3 o 4 al final del 1°. 2° y 3° trimestre respectivamente. (ejemplo: embarazo de 6 meses: $6 \times 4 + 3 = 27$ semanas).(1,2)

Desde el punto de vista del examen físico se debe considerar el dato de la altura uterina (A.U.), y la impresión clínica del tamaño fetal. El útero crece promedialmente 4 cm. por mes, siendo los 4 primeros retropúbicos. Al término la A.U. será de 32 cm. (31 a 35 cm). (2, 7)

- 7. Diagnóstico de la condición fetal:** los elementos clínicos que permiten evaluar la condición fetal son: latidos cardíacos fetales, movimientos fetales, tamaño uterino, tipo de presentación y posición del feto al final del embarazo y estimación clínica del volumen de líquido amniótico (24, 7)

Es necesario enfatizar que la alteración de alguno de estos parámetros no constituye por sí solo una justificación para decidir la interrupción del embarazo, sino que deben efectuarse una serie de procedimientos diagnósticos,

conocimiento de la edad gestacional del feto, permitirán, una adecuada decisión obstétrica.

a. Latidos cardíacos fetales: los LCF son auscultables con estetoscopio de Pinard desde las 20 semanas de embarazo, 95% a las 21 semanas y en todos los casos a las 22 semanas. (4, 7, 24) Con equipos portátiles de ultrasonido pueden ser identificados desde las 10 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que la aceleración de la frecuencia cardíaca con los estímulos externos, o con movimientos fetales espontáneos, es un signo de salud fetal. La frecuencia cardíaca fetal se considera como normal en el rango de 120 - 160 latidos por minuto; valores inferiores o superiores, se denominan bradicardia y taquicardia fetal, respectivamente, y son signos sospechosos de hipoxia fetal.(1,24)

b. Movimientos fetales: la percepción materna de los movimientos fetales ocurre entre las 16 y 22 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que el aumento de la actividad fetal especialmente postprandial constituye un signo de salud fetal. La disminución significativa de la actividad fetal es un signo sospechoso de hipoxia fetal.(1, 7)

c. Tamaño uterino: el útero aumenta en promedio 4 cms por mes. Desde las 12 semanas de amenorrea el fondo uterino se localiza sobre la sínfisis pubiana, a las 20 semanas está a nivel del ombligo y puede ser medido en su eje longitudinal, desde el borde superior de la sínfisis pubiana hasta el fondo uterino. Para esto se utiliza una cinta de medir flexible, graduada en centímetros, la cual se toma por el extremo que dice cero con los dedos índice y pulgar de la mano derecha y se apoya sobre el hueso del pubis en la parte central, el otro extremo se desliza entre el dedo medio y el índice sobre el abdomen en forma recta hasta el fondo del útero, una vez ubicado el fondo del útero mantener firme la cinta y realizar la medición hasta el último centímetro del borde de los dedos. La madre debe ubicarse en decúbito dorsal (boca arriba) con las piernas semiflectadas y el abdomen descubierto.(1, 7, 24)

d. Situación y presentación fetal: se entiende por situación a la relación que guarda el eje longitudinal de la madre con el feto. Hay dos principales: longitudinal, y transversal (atravesado), constituye señal de peligro cuando la gestante está al final del embarazo. (3, 24)

Se llama presentación a la parte del feto más cercana al pubis, y básicamente puede ser: cefálico: de cabeza (cabeza hacia abajo) es normal. podálico: de nalgas (las nalgas hacia abajo). Se considera señal de peligro cuando está al final del embarazo. (3, 24)

Maniobras de Leopold: útiles para el diagnóstico de la situación fetal y presentación fetal. Las primeras tres se realizan frente a frente con la madre.

1º Se determina que hay en el fondo del útero.

2º Se determina la posición del dorso del bebé y de las pequeñas partes, haciendo palpación bimanual de los lados del útero.

3º Determina la fijación del bebé, por medio de la búsqueda de movimiento de la cabeza del feto haciendo una palpación con los dedos índice y pulgar sobre la línea del pubis.

4º (Esta maniobra se realiza de espaldas a la paciente). Se deslizan las manos a cada lado del segmento inferior del útero. Sirve para determinar la prominencia cefálica, generalmente se ubica esta por la palpación de un borde bien definido.(3, 6, 24)

e. Estimación clínica del volumen de líquido

amniótico: las alteraciones cuantitativas del volumen de líquido amniótico constituyen un factor de alto riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal. El oligoamnios se puede sospechar cuando hay una

altura uterina disminuida, con una palpación extremadamente fácil de las partes fetales. El oligoamnios se asocia a rotura prematura de las membranas ovulares, retardo del crecimiento fetal, hipoxia fetal crónica y malformaciones congénitas como la agenesia renal. El polihidroamnios se sospecha cuando hay una altura uterina aumentada con palpación dificultosa de las partes fetales.

Se asocia a patologías como embarazo gemelar, diabetes mellitus, hidrops fetal y malformaciones congénitas como la atresia esofágica y del sistema nervioso central. (7) Ambos hallazgos deben ser siempre confirmados con ultrasonografía.

- 8. Diagnóstico de la condición materna:** la evaluación de la condición materna se inicia con una anamnesis personal y familiar, en busca de patologías médicas que puedan influir negativamente en la gestación. De igual forma se recopilarán antecedentes obstétricos previos.

Es importante obtener la información del nivel educacional materno, actividad laboral como trabajos con esfuerzo físico importante, contactos con tóxicos, radiaciones o material biológico, con fines de solicitar a su empleador una readecuación laboral o suspender su actividad.(19)

Se practicará un examen físico general y segmentario con fines de diagnosticar patologías asintomáticas y derivar a especialistas. El examen físico incluye un examen ginecológico en el cual se hace una inspección perineal (descartar hemorroides, parásitos externos anales y pubianos, vulvovaginitis, condilomas, etc) y vulvovaginal (tomar Papanicolaou).

Posteriormente, en cada control prenatal, se hará la evaluación nutricional según índice peso/talla, control de presión arterial, albuminuria, hematócrito y examen físico según síntomas maternos. (7)

Interrogar sobre la presencia de cefaleas, alteraciones de la visión, dolor abdominal, náuseas vómitos, hemorragias, secreciones vaginales y disuria. Evaluar distancia desde la sínfisis pubiana hasta el fondo uterino.(11, 19)

A menudo un examen vaginal llevado a cabo con cuidado hacia fines del embarazo proporciona información valiosa como confirmación de la presentación, posición (profundidad en la pelvis) de la presentación, medición clínica de la pelvis, apreciación de su configuración general, consistencia, borramiento y dilatación del cuello uterino. La exploración digital debe efectuarse con mucho cuidado para no romper las membranas ni separar una placenta ubicada demasiado

baja no diagnosticada lo cual puede ocasionar hemorragias severas. (2, 3, 8)

Es importante recordar que las funciones vitales normales son: (1,18)

- a. Temperatura: de 36.2 a 37.4 grados centígrados.
- b. Pulso: de 60 a 100 latidos por minuto.
- c. Presión arterial: 120/80 mm Hg como máximo y 95/60 mm Hg como mínimo

Todo valor por encima de 130/90 o por debajo de 90/60 nos indica señal de peligro de muerte, tanto para la madre como para el bebé. (1, 24)

9. Periodicidad del control prenatal: las sesiones de control prenatal se deben aprovechar para proveer información a las mujeres y sus familias sobre las señales y los síntomas de las complicaciones durante el embarazo y el parto, y ayudarles a desarrollar un plan apropiado, basado en la historia de la mujer y su estado de salud.(16)

La frecuencia del control prenatal está determinada por los factores de riesgos detectados en esa gestación y serán necesarios tantos controles como la patología detectada lo requiera. (7).

En embarazos sin factores de riesgo, la frecuencia de los controles debe racionalizarse en relación a la magnitud de la población obstétrica y los recursos humanos destinados para su control. Característicamente, los controles prenatales se efectúan cada cuatro semanas hasta la 28 semanas de gestación, después cada 2 semanas hasta las 36 semanas, y entonces una vez por semana hasta el término de la gestación. (7, 24)

El motivo de esta secuencia se debe a que desde las 28 semanas en adelante es posible detectar patologías de alta relevancia con feto viable (retardo del crecimiento fetal, diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, macrosomía fetal, amenaza de parto prematuro, malformaciones congénitas, etc). (7)

Estudios recientes de la O.M.S. muestran que, aquellas mujeres sin complicaciones previas, o que aparezcan en el curso del embarazo actual “embarazos de bajo riesgo” la reducción en el número de controles no se asoció con un mayor riesgo materno perinatal. (5) Establecen que todas las mujeres embarazadas deben someterse a cuatro controles prenatales (de por lo menos 20 minutos de duración cada uno).(16)

Según el MSPAS, como mínimo las mujeres embarazadas deben examinarse por lo menos 1 vez al mes por comadrona, referirla al centro en los primeros 3 meses y último mes. (11)

En aquellos casos en que la gestante llegue en el tercer trimestre antes del parto, se aconseja realizar una buena detección de riesgos obstétricos, con miras a reducir las complicaciones durante el parto y el puerperio. (4)

10. Vacuna antitetánica: en muchos lugares del área rural, las madres dan a luz en condiciones poco higiénicas. Esto expone a la madre y al recién nacido al riesgo de contraer tétanos, una importante causa de muerte entre los recién nacidos. Si las madres no están vacunadas contra el tétanos, uno de cada cien recién nacidos morirá a causa de esta enfermedad.

Los gérmenes del tétanos crecen en las heridas sucias. Esto puede suceder, por ejemplo si se utiliza un material no esterilizado para cortar el cordón umbilical o si se cubre el extremo del cordón con cualquier material no estéril.

La madre vacunada le pasa las defensas al feto durante el embarazo y con esto disminuye el riesgo del tétanos en el recién nacido.

Para proteger al recién nacido se debe asegurar que por lo menos la gestante haya recibido 2 dosis de vacuna, a más tardar hasta 2 semanas antes del parto. (1)

No son necesarias otras vacunas durante el embarazo.(8)
En Guatemala la mujer embarazada no vacunada, independiente de la edad gestacional, se vacunará en la primera consulta, se deja un intervalo de 4 semanas entre la 1era y 2da dosis y 6-12 meses entre la 2da y 3era, luego refuerzos cada 5 años. Si el esquema esta incompleto, continuar hasta completarlo, si recibió la 2da dosis hace más de 3 años administrar 3era dosis vía IM en región deltoidea, dosis 0.5 ml. Se puede presentar enrojecimiento, dolor e induración fiebre, reacciones sistémicas raras (urticaria, anafilaxia o complicaciones neurológicas). Esta contraindicada en personas enfermas.(4, 11, 12).

11.Exámenes de laboratorio: los exámenes de laboratorio que se solicitan en embarazadas de bajo riesgo son:

- a. Grupo sanguíneo:** si se detecta que la paciente es Rh negativo se manejará de acuerdo al nivel de salud correspondiente.(7)
- b. Urocultivo:** es recomendable efectuar urocultivo a todas las embarazadas debido a la alta prevalencia

de bacteriuria asintomática. Alternativamente se puede realizar un examen de orina completa. Si el examen es sugerente de infección urinaria se deberá solicitar un urocultivo.(6)

c. V.D.R.L.: (Venereal Disease Research Laboratory) prueba utilizada en la identificación de las pacientes que han tenido infección por Treponema pálido (lúes). Se debe solicitar al ingreso de control prenatal, y al inicio del tercer trimestre (28 semanas). (7, 19)

d. H.I.V.: se solicita en el primer control prenatal a todas las embarazadas en control. (7, 19)

e. Hematócrito: la concentración de glóbulos rojos se modifica por la hemodilución fisiológica, por las reservas de hierro y el aporte exógeno de hierro (alimentación y suplementación medicamentosa). En embarazadas no anémicas se debe solicitar un hematocrito al ingreso, a las 28 y 36 semanas. (4, 7)

f. Glicemia: aproximadamente un 5% de las embarazadas cursa una alteración del metabolismo de la glucosa. El 90% de ellos corresponde a una intolerancia a la sobrecarga de glucosa que se corrige espontáneamente en el postparto. Se estima

que un 30% de las embarazadas diabéticas gestacionales no tienen factores de riesgo para diabetes, de ahí que se recomienda efectuar a todas las embarazadas una prueba de sobrecarga con 50 g. de glucosa oral (valor normal: <140 mg/dl a la hora) alrededor de las 26 semanas de amenorrea. (7, 24)

g. Albuminuria: la detección de albúmina en muestra aislada de orina se debe efectuar al ingreso del control prenatal; si es negativa se efectuará en cada control prenatal desde las 28 semanas. Si se detecta albúmina antes de las 28 semanas, con alta probabilidad se debe a una nefropatía y se deben solicitar los exámenes pertinentes para realizar el diagnóstico de certeza. Albúminas positivas en el tercer trimestre habitualmente corresponden a una preeclampsia. (7, 24)

h. Papanicolaou: el embarazo constituye un excelente momento para educar a la mujer en relación a la prevención del cáncer cérvico uterino. Este procedimiento debe realizarse en el primer control prenatal como parte habitual de la semiología obstétrica. El embarazo no constituye contraindicación, como tampoco la edad gestacional para realizar el examen. Se debe omitir cuando hay

riesgos de sangrado por la especuloscopia (ejemplo: placenta previa). Como puede apreciarse el rendimiento es bajo, pero esto es consecuencia de la edad reproductiva de las mujeres. Todas las embarazadas con edad superior o igual a 30 años deben tener necesariamente un examen de Papanicolaou. A mujeres de menor edad se les debe efectuar el procedimiento si existen otros factores de riesgo asociados. (5, 19)

- i. **Ecografía:** la ecografía sólo debe ser empleada cuando existan dudas en la edad gestacional o se presenten factores de riesgo durante el control prenatal. Debe contribuir para tomar decisiones de manejo. (4)

12. Síntomas comunes en el embarazo:

- a. **Nauseas y vómitos:** son síntomas frecuentes durante la primera mitad del embarazo. Lo típico es que comiencen entre el primero el segundo periodo de amenorrea que continúen hasta alrededor del cuarto período faltante. Si bien es posible que las nauseas y vómitos sean mas intensos por la mañana, pueden continuar durante todo el día. Cuando no presentan riesgo de deshidratación se tratarán con medidas dietéticas (comidas fraccionadas poco abundantes).(9, 24)

b. Psialorrea: en general no ocasiona problemas salvo incomodidad. En casos muy raros, puede llegar a ocasionar trastornos electrolíticos y deshidratación, en estos casos se considera como una toxemia del primer trimestre junto con la hiperemesis gravídica.(9, 24)

c. Lumbalgia: alrededor de la mitad de las embarazadas refieren cierto grado de dolor lumbar a partir de la mitad del embarazo. Se debe a la contractura de los músculos del dorso para compensar el desplazamiento hacia delante del abdomen. Los grados mas leves son consecuencia de esfuerzos excesivos o fatiga y de excesos al inclinarse, levantar pesos o caminar. El agacharse en cuclillas para alcanzar algo bajo, el descanso en decúbito lateral con las piernas flexionadas, cama dura, el colocar una almohada de sostén en la espalda al sentarse y evitar zapatos de tacón alto, contribuye a disminuir los síntomas. Sin embargo debe siempre realizarse un examen ortopédico.(6, 9, 24)

d. Dolor abdominal: sensación de pesadez o estiramiento pélvico. Se debe al peso del útero sobre el suelo pélvico y aumenta mucho cuando se encaja la cabeza fetal al final del embarazo. Se aconsejará decúbito lateral y faja de embarazo. Ante cualquier dolor agudo, brusco o muy persistente que no quede

aclarado en poco tiempo, deberá enviarse a la paciente a la consulta urgente del especialista.(9)

e. Varicosidades: afectan a 20% de las embarazadas. Suelen ser consecuencia de una predisposición genética. Por lo general las varices se hacen mas notables a medida que avanza el embarazo, aumenta el peso y se prolonga el tiempo que se permanece de pie. Los síntomas varían desde manchas estéticas en extremidades inferiores y molestias leves al terminar el día hasta molestias severas que requieren descanso prolongado con los pies elevados. El tratamiento suele limitarse a descansos periódicos con las piernas elevadas, evitar estar de pie inmóvil, realizar paseos, medias elásticas de compresión decreciente hasta la cintura. (9, 24)

f. Prurito genital: la causa más frecuente es la irritación producida por la leucorrea fisiológica del embarazo. Si no se acompaña de leucorrea, puede deberse a varias causas, como higiene defectuosa, manipulaciones sexuales, parásitos intestinales, parásitos del vello pubiano, o bien a procesos generales como uremia o diabetes.(9)

g. Hemorroides: su desarrollo o empeoramiento durante el embarazo se relacionan con el aumento de la presión

en las venas rectales por obstrucción del retorno venoso por el útero aumentado de tamaño y con la tendencia a la constipación durante el embarazo. Por lo general el dolor y la tumefacción se alivian con anestésicos tópicos, baños tibios y agentes que ablandan las heces. (9, 24)

h. Polaquiuria: el aumento del número de micciones es habitual en el embarazo; al principio por la acción hormonal a nivel de la mucosa vesical, y más adelante por la disminución de la capacidad de la vejiga debida a la ocupación de espacio por parte del útero. Si se presenta con más síntomas urinarios, debemos considerar la posibilidad de una infección urinaria. (9)

i. Pirosis: dolor retroesternal causada por el reflujo del contenido gástrico hacia el esófago inferior probablemente por el desplazamiento hacia arriba y compresión del estomago por el útero, combinados con la relajación del esfínter esofágico inferior. En su mayoría los síntomas son leves y se alivian mediante un régimen de porciones de alimentos más frecuentes pero más pequeñas y evitando inclinarse o acostarse en un lugar plano, además de eliminar grasas, café, alcohol y chocolate. Los preparados antiácidos pueden proporcionar un alivio considerable (hidróxido de

aluminio, el trisilicato de magnesio o el hidróxido de magnesio). (9, 24)

j. Pica: antojos de alimentos raros y a veces de sustancias que es difícil considerar comestibles incluso tierra. Las mujeres con deficiencia severa de hierro a veces desean estas cosas y aunque el antojo disminuye después de la corrección de la deficiencia de hierro, no todas las embarazadas con pica tienen necesariamente una deficiencia de hierro. (24)

k. Fatiga: al comienzo del embarazo la mayoría de las mujeres refieren fatiga y deseos de dormir durante períodos excesivamente prolongados. Este cuadro por lo general remite de manera espontánea hacia el cuarto mes de embarazo y no tiene significado especial. Si es muy intensa, se debe descartar anemia o cardiopatía; en el caso de que no exista patología, no requiere tratamiento especial.(9)

l. Cefalea: molestia frecuente al comienzo del embarazo. Hacia la mitad del embarazo la mayor parte de las cefaleas disminuyen en severidad o desaparecen. Se debe controlar la PA, catarros, sinusitis u otros procesos que puedan producir cefalea. Con frecuencia se trata de cefalea tensional, para la cual se recomienda vida sana, distracción y técnicas de relajación.(9, 24)

m. Uñas blandas: es fisiológico y muy frecuente pasado el sexto mes; es conveniente aconsejar llevar la uñas cortas y no abusar de los esmaltes.(9)

n. Leucorrea: es común que las embarazadas presente un aumento de la secreción vaginal que en muchos casos no tienen causas patológicas. Sin embargo, existe una predisposición para la infección por el descenso del pH vaginal. Las causas más frecuentes de leucorrea en la gestante son: fisiológica por acción hormonal, infecciones (candidiasis, trichomonas, gardnerella), procesos neoplásicos, enfermedades venéreas.(1, 6, 9)

Si sólo presenta aumento del flujo sin olor, transparente con ligero prurito y sin dispareunia ni signos inflamatorios, se explicará que es un proceso fisiológico y se recomendara higiene. Si el flujo es blanco, de olor especial (mohoso) y abundante con o sin signos de inflamación, aunque no sea grumoso se sospechara cándidiasis; se debe solicitar frotis y si es positivo iniciar tratamiento con Nistatina o Clotrimazol. Si el flujo es muy abundante, espumoso, fluido, amarillo-verdoso, con mal olor e importantes signos inflamatorios, posiblemente sea infección por Trichomonas; ante lo cual se solicitara cultivo y si es positivo iniciar

Clotrimazol (embarazo < 20 semanas) o Metronidazol (embarazo > 20 semanas).(9, 24)

o. Molestias mamarias: las más frecuentes son sensación de turgencia y al final del embarazo la secreción de calostro. La actitud ante ellas es insistir en los consejos, uso de sujetador e higiene, puede aplicarse compresas frías.(1, 5, 9)

13. Educación materna: las personas que asisten a las mujeres durante el embarazo tienen la oportunidad de educarlas sobre el cuidado de la salud, además de promover y proteger la salud de la mujer embarazada, y cuando se presentan problemas, asegurar la referencia oportuna a la persona o al lugar adecuado.(16) Este objetivo es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente. El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal.(7)

Constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educativos:

a. Signos y síntomas de alarma: la embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y, por lo tanto, concurrir oportunamente al servicio de salud. De ahí que la embarazada debe conocer la ubicación geográfica exacta del centro asistencial, idealmente debe conocerlo antes de que se presente una emergencia o ingrese en trabajo de parto.(5,16)

La embarazada debe estar capacitada para reconocer:

- i. Cualquier hemorragia vaginal tanto en la primera mitad (ectópico, enfermedad trofoblasto, aborto), como en la segunda mitad del embarazo (placenta previa, desprendimiento placenta normoinserta). (7, 11, 24)
- ii. Pérdida de líquido por la vagina, y reconocer flujo genital blanco (rotura prematura de membrana, leucorrea, escape urinario).(7,11)
- iii. Marcada variación en la frecuencia o la intensidad de los movimientos fetales. (24)
Debe estar informada que los movimientos fetales serán reconocidas por ella alrededor del quinto mes y que su frecuencia e intensidad son un signo de salud fetal. (4, 7)

- iv. Dolor abdominal. Debe estar capacitada para reconocer el inicio del trabajo de parto, con fines de evitar concurrencias innecesarias a la maternidad, y, muy especialmente, la contractilidad uterina de pretérmino. (24)
- v. Tumefacción de la cara o las manos.
- vi. Cefalea severa o continua.
- vii. Visión oscura o borrosa.
- viii. Vómitos persistentes.
- ix. Escalofríos o fiebre
- x. Disuria. (1, 5, 7, 11)

Debe estar informada de su edad gestacional y fecha probable de parto. Este último punto genera angustia del grupo familiar y de la embarazada cuando se cumplen las 40 semanas y no se ha producido el parto. De ahí que se debe informar que el rango normal de desencadenamiento del parto es entre las 39 y 41 semanas (7).

b. Nutrición materna: la buena nutrición de la madre es indispensable para el buen crecimiento y desarrollo del bebé.

Normalmente la gestante debe aumentar 1 kilo por mes y en promedio aumenta de 9 a 12 kilos durante todo el embarazo. (1)

Es importante controlar el peso de la gestante, ya que si la variación del peso entre los controles (mensuales) es menor de 500 gramos nos podría indicar malnutrición, presencia de escaso líquido en el útero; caso contrario si la variación es mayor a 1 kg entre los controles (mensuales) nos podría indicar que existe demasiado líquido en el útero, o existe retención de líquidos en las piernas. (1, 8, 24)

Esto no implica solamente un aumento de peso materno de 12 kilos aproximadamente durante el embarazo, sino también una correcta composición de nutrientes en la dieta que debe incluir:(8, 24)

- i. Proteínas de buena calidad presentes en la carne, la leche, el huevo
- ii. Calcio presente en la leche, el queso, el yoghurt, las legumbres, las frutas secas y desecadas
- iii. Vitaminas y minerales presentes en la fruta y verdura frescas, crudas o cocidas al vapor
- iv. Aceites vegetales crudos de cualquier tipo (girasol, maíz, oliva, etc.)
- v. Hidratos de carbono complejos presentes en los cereales como el arroz, trigo, maíz. La harina

blanca y el azúcar refinado deben consumirse con moderación, a menos que se desee ganar peso extra (mujeres que iniciaron su embarazo con un peso menor al adecuado).(1, 8, 9)

Si al inicio del embarazo la mujer pesa más de lo adecuado, la alimentación debe igualmente contener todos estos nutrientes esenciales, pero se debe consumir menos cantidad de grasas (sobre todo las de origen animal, como la grasa de la carne, la piel del pollo, la yema del huevo) y se deben restringir al máximo el azúcar refinada y las harinas blancas (repostería, golosinas, bollos de panadería, etc.). Resulta aconsejable no abusar de la sal. Además el aumento de peso debe ser mínimo en el primer trimestre para ir aumentando hacia el final del embarazo, en el que se habrán ganado aproximadamente siete kilos y medio en total.(8, 24)

Durante el embarazo se suelen suministrar en forma profiláctica comprimidos de hierro a partir de las 20 semanas a dosis de 60 mgs de hierro elemental diarios (puede producir gastritis y estreñimiento) y ácido fólico a razón de 500 microgramos diarios; ambos esenciales para prevenir la anemia. (8, 11, 16)

c. Cafeína, tabaco, alcohol, drogas, medicamentos:

contienen cafeína el té, el cacao, la cola y el café. La cafeína atraviesa la placenta y puede llegar al feto, actuando como excitante. Debe limitarse el consumo de estas sustancias durante el embarazo.(9)

Tanto el tabaco como el alcohol y las drogas perturban el crecimiento del bebé y pueden determinar que el niño tenga bajo peso al nacer y otras complicaciones más severas. Abstenerse de fumar y consumir estos tóxicos posibilitará que el bebé crezca sano y fuerte.(8, 9, 24)

El consumo de drogas en el embarazo puede provocar un síndrome de abstinencia en el niño al nacer y riesgo de contraer y transmitir al feto infecciones graves (Hepatitis B, SIDA).(9)

Los medicamentos no deben tomarse sin prescripción médica, ya que algunos fármacos están contraindicados durante el embarazo y la lactancia y otros deben administrarse con cuidados especiales.(9) Cualquier fármaco, con raras excepciones que ejerza un efecto sistémico en la madre atravesará la barrera placentaria hasta alcanzar al embrión y al feto. (24) Si un fármaco se administra durante el embarazo las ventajas que se

puedan obtener deben superar con holgura a cualquier riesgo inherente a su uso. Algunos tés o remedios caseros también pueden ser tóxicos para el feto, por lo que si una mujer embarazada presenta una enfermedad, por más trivial que parezca, debe consultar al centro de salud y no automedicarse.

d. Preparación para la lactancia materna: la leche materna es el alimento ideal para el niño y representa al mismo tiempo alimento, amor y defensas contra infecciones. Siempre que se pueda, la lactancia materna debe preferirse a otras formas de alimentación del recién nacido, y debe prolongarse por lo menos hasta el sexto mes de vida. (8) Enseñar a la gestante:

- i. Como preparar los pezones:
- ii. Como asear las mamas y los pezones con agua limpia y fortaleciendo su piel, exponiéndolos al aire y si es posible, al sol durante 20 minutos por día.
- iii. Si los pezones son planos o pequeños, deberá realizar todos los días ejercicios de estiramiento de pezones, colocando los pulgares a cada lado del pezón, y separando los pulgares uno de otro. (1, 6, 8)

e. Orientación sexual: los contenidos de este objetivo deben ser dados a la pareja. En un embarazo

fisiológico la actividad sexual no está contraindicada. Solo en caso de metrorragias, o en riesgo potencial de metrorragia, como la placenta previa, aborto y en amenaza o presencia de factores de riesgo para parto prematuro. (2, 7, 9, 24)

f. Planificación familiar: se deben introducir conceptos generales de planificación familiar, los cuales deben ser profundizados y consolidados en el primer control puerperal.(7)

g. Preparación para el parto: informar a la paciente cuáles deben ser los motivos de ingreso a la maternidad, los períodos del parto, anestesia, ejercicios de relajación y pujo, y tipos de parto. (7)

14. Otros aspectos:

a. Higiene: la embarazada puede y debe bañarse todos los días (1, 9, 24)

b. Salud bucal: debe cepillarse por lo menos tres veces al día. Las curaciones y las extracciones de piezas dentales pueden y deben realizarse durante el embarazo.(1, 8, 24)

c. Ejercicio físico: por lo general no es necesario que la embarazada limite el ejercicio, puede continuar con su

actividad habitual, siempre que no se fatigue en exceso ni se arriesgue a lesiones propias del feto para lo cual debe evitar realizar grandes esfuerzos o levantar pesos excesivos. Se recomiendan ejercicios como paseos al aire libre por terreno llano, natación, o ejercicios recomendados en las clases de preparación al parto, sin embargo, siempre es importante consultar al médico. En algunos casos la vida sedentaria puede ser beneficiosa como en el caso de las mujeres con hipertensión inducida por el embarazo, embarazos múltiples, cardiopatía severa, sospecha de feto con retardo de crecimiento. (4, 6, 24)

d. Empleo: puede continuarse con el trabajo habitual, ya sea en casa o fuera de ella. Se debe evitar cualquier ocupación que obligue a la embarazada a un esfuerzo físico severo. Deben proporcionarse períodos de reposo suficientes durante la jornada de trabajo. Es probable que las mujeres con antecedentes de embarazos con complicaciones que se puedan repetir, tales como recién nacidos con bajo peso, deban disminuir al mínimo el trabajo físico. (9, 24)

e. Viajes: no están contraindicados salvo en casos de amenaza de aborto. (9)

- f. Descanso:** es frecuente la somnolencia, se recomienda dormir al menos 8 horas diarias y descansar un momento después de las comidas. Al sentarse, colocar las piernas en alto. Evitar estar de pie durante mucho tiempo. Acostarse de lado poniendo un almohadón en el costado.(9)
- g. Vestimenta:** la vestimenta que se utiliza durante el embarazo debe ser práctica y no ceñida. Ya no se usan de rutina las fajas de sostén. Las mamas se hacen pendulares y muy sensibles debido al aumento de tamaño, por lo que conviene utilizar un sostén adecuado. No hay razón para insistir en que la embarazada use solo zapatos de tacón bajo, a menos que aparezca lumbalgia debida al aumento de la lordosis que se produce por los zapatos de tacón alto o si no puede mantener el equilibrio. (24)
- h. Hábitos intestinales:** la constipación es común durante el embarazo, además de las molestias causadas por el paso de materia fecal muy dura, se pueden producir sangrados y fisuras dolorosas en la mucosa rectal edematizada e hiperémica. También hay mayor frecuencia de hemorroides y, mucho menos común, de prolapso de la mucosa rectal. (2, 24)

Las mujeres con hábitos intestinales razonablemente normales cuando no están embarazadas pueden prevenir la constipación durante el embarazo si prestan la debida atención a dichos hábitos, dieta rica en residuos (verduras fibrosas, frutas, pan integral y aceite de oliva), ingieren cantidades suficientes de líquido y realizan ejercicios diarios, junto con un laxante suave cuando es necesario, como jugo de ciruelas, leche de magnesio o sustancias que aumentan el volumen o que ablandan la materia fecal. (24) En el caso de no ser suficiente, son de elección los incrementadores del bolo intestinal (plantago ovata y metilcelulosa) acompañados de líquidos en abundancia.(9)

- i. **Animales domésticos:** evitar en lo posible el contacto con ellos durante el embarazo, especialmente con los gatos, que pueden transmitir Toxoplasmosis.(9)
- j. **Radiaciones:** también pueden dar lugar a malformaciones en el niño. Antes de cualquier exploración radiológica, advertir previamente que del embarazo.(9, 24)
- k. **Productos químicos:** el utilizar productos de limpieza, pinturas, sustancias químicas, etc., favorece su inhalación (a veces inadvertida) y en algunos casos puede dañar al feto . (9)

B. Calidad de la atención prenatal.

En todos los niveles del sistema de salud (comunidad, centro de salud y hospital), el personal debe tener aptitudes, competencias y conocimientos para atender embarazos y partos normales y saber detectar, tratar o referir los casos de alto riesgo o con complicaciones. Por lo tanto es esencial proveer a los individuos y a las comunidades con la información que necesitan para evitar prácticas erradas y promover cuidados básicos apropiados que ayuden a prevenir las complicaciones relacionadas con el embarazo.(14, 16) Debe proveerse información sobre las señales y los síntomas de las complicaciones que requieren la asistencia urgente de niveles más altos de servicios, y se debe movilizar a las comunidades para que sepan solicitar la referencia a tiempo.

Actualmente es frecuente constatar que una cobertura amplia coexiste con altas tasas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal.(10, 15, 17, 23)

La calidad de la atención es importante. Para la mujer esto es un factor determinante para decidir si solicitar dicha atención o no y donde. La mujer esta dispuesta a recorrer mayores distancias para llegar a clínicas que proveen una mejor calidad de atención.(16, 20)

Para mejorar la salud de la mujer es decisivo mejorar la calidad de la atención, incrementar el acceso y el uso de los servicios maternos y utilizar los recursos limitados en forma eficaz. Muchas veces, los programas con recursos financieros limitados consideran que la calidad de la atención tiene un costo demasiado alto.(22) Sin embargo, si se asegura la buena calidad de la atención, existen más probabilidades de utilizar mejor los recursos, porque las intervenciones tendrán un impacto mayor en la salud.(16, 22) La lógica indica que para mejorar la calidad de la atención hay que asegurarse de que los proveedores de salud tengan los conocimientos, los recursos (en términos de materiales de trabajo y equipos) y las actitudes que respondan a las necesidades individuales, sociales, culturales y médicas del usuario.(14, 16, 22)

a. Evaluación de la calidad de atención: para monitorear y evaluar la calidad de la atención, es necesario establecer protocolos y desarrollar criterios de evaluación. Los protocolos son enunciados específicos que estipulan el nivel deseable o alcanzable de desempeño con los cuales se compara el desempeño real. Los criterios de evaluación son variables seleccionadas que determinan si se han alcanzado los protocolos establecidos. (14, 21, 22)

Los protocolos y los criterios se pueden clasificar en relación con la estructura (requisitos para la atención al paciente que incluyen recursos humanos y materiales y variables específicas de la organización), con el proceso (la forma en la cual se brinda la atención) y con el resultado (el efecto o resultado final de la atención).(14, 16, 21)

Existen numerosos métodos para evaluar la calidad de la atención, por ejemplo: recolección y análisis de datos de las historias clínicas, observación directa, entrevistas a proveedores y usuarios y grupos focales. Para evaluar la calidad de la atención, se pueden utilizar estos métodos en forma individual o colectiva, con material elaborado en el lugar mismo o con formatos preelaborados. (16, 21)

VI. MATERIAL Y METODOS

A. Metodología.

1. Tipo de estudio:

Observacional descriptivo.

2. Sujeto de estudio:

Personal de salud que presta el servicio de control prenatal en el centro y puestos de salud del municipio de Tecpán Guatemala, Chimaltenango.

Objeto de estudio:

Servicio de control prenatal que se presta en el centro y puestos de salud del municipio de Tecpán Guatemala. Chimaltenango.

3. Población:

Consiste en el personal de salud (13 personas) y recursos materiales con que cuenta el centro de salud y los diez puestos de salud del municipio de Tecpán Guatemala para la prestación del servicio de control prenatal.

4. Criterio de inclusión:

Centro o puesto de salud del MSPAS que esté brindando sus servicios durante la investigación.

5. Variables a estudiar:

- a. Desempeño y calidad del servicio de control prenatal que se presta en el centros y puestos de salud del municipio de Tecpàn Guatemala
- b. Conocimiento del personal medico y paramédico a cargo del centro y puestos de salud del municipio de Tecpàn Guatemala.
- c. Recursos materiales necesarios con cuenta el personal a cargo del centro y puestos de salud para la prestación del servicio de control prenatal.
- d. Motivación que posee el personal a cargo del centro y puestos de salud en la atención de pacientes embarazadas que asisten a su control prenatal en el municipio de Tecpàn Guatemala.
(ver cuadro página siguiente)

6. Instrumentos de recolección y medición de las variables o datos:

El instrumento consiste en un formulario validado diseñado por el MSPAS para identificar deficiencias del desempeño y permitir mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en el área de atención de la mujer en el embarazo (anexo), esta constituido por 6 criterios subdivididos en varios

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Escala de medición | Unidad de medida |
|--------------------------------------|---|--|---------------------------|------------------------------|
| Calidad de servicio de salud | Conjunto de criterios establecidos por el MSPAS que debe reunir un servicio de salud para una función óptima. | Presencia o ausencia de los criterios evaluados a través del instrumento de recolección de datos. | Nominal. | Con calidad Sin Calidad |
| Desempeño de servicio de salud | Cumplimiento de las normas de atención en salud establecidas por el MSPAS. | Presencia o ausencia de deficiencia en conocimientos, recurso material y/o motivación; detectada a través del análisis del instrumento aplicado. | Nominal. | Adecuado Inadecuado |
| Conocimientos sobre control prenatal | Información científica que posee el personal del primer nivel de atención del área de salud del municipio de Tecpán Guatemala sobre las normas de control prenatal. | Detección o no de deficiencia, en el conocimiento sobre control prenatal que posee el personal de salud, por medio del análisis del instrumento aplicado. | Nominal. | Adecuado Inadecuado |
| Recurso Material | Conjunto de instrumentos médicos, medicamentos, vacunas, fichas clínicas, etc., necesarios para prestación de servicio de control prenatal. | Detección o no de deficiencia, en recurso material necesario para la prestación del servicio de control prenatal, por medio del análisis del instrumento aplicado. | Nominal. | Suficientes Insuficientes |
| Motivación | Estado de ánimo que hace actuar a una persona | Detección o no de deficiencia, en la motivación del personal de salud a cargo de prestar el servicio de control prenatal, por medio del análisis del instrumento aplicado. | Nominal. | Presente Ausente |

ítems que se evalúan a través de la técnica de observación directa. Cada ítem evalúa aspectos del control prenatal relacionados con el conocimiento del personal, recursos materiales y/o motivación del personal y se califica de la siguiente manera:(21)

S: Si está presente el aspecto a evaluar.

N: Si no está presente el aspecto a evaluar.

NA: Si el aspecto a evaluar por alguna razón no es aplicable.

Además cada ítem cuenta con un apartado para comentarios, el cual es utilizado por el investigador en caso necesario según la situación. Todos los ítems evaluados deben ser analizados en conjunto para determinar si existe o no deficiencia en los aspectos que evalúan, lo cual determina el desempeño del servicio de salud.

Para que un criterio esté presente, este debe de tener todos sus ítems calificados como presentes (S), sin tomar en cuenta los calificados como no evaluables (NA). Con tan solo un ítem que sea calificado como no presente (N), el criterio se considera como ausente. Esto permite identificar si existe o no deficiencia en la calidad del servicio. La presencia de la totalidad de todos los criterios es sinónimo de buena calidad del servicio de salud.

Es importante señalar que en aquellos casos donde se requiere observación clínica sobre el manejo y no existen casos a observar, se sustituye la evaluación por entrevistas directas a proveedores, entrevistas de salida a usuarias y revisión de registros médicos.(21)

7. Ejecución de la investigación:

El proceso de investigación se inició con la selección y aprobación del tema de proyecto de tesis, tiempo en el cual se recopiló el material bibliográfico así como la obtención del instrumento que se aplicó para el estudio. Posteriormente durante el mes de marzo se realizó el protocolo el cual se presentó al asesor y revisor y luego al comité de la USAC para su revisión y aprobación.

La investigación de campo se inició en el mes de abril, y se llevó a cabo en el centro y 9 puestos de salud del MSPAS que se encuentran en el municipio de Tecpán Guatemala. No se realizó la evaluación del puesto situado en la aldea Agua Escondida puesto que se encontraba inactivo. Se aplicó el instrumento de recolección de datos a cada uno de los lugares de estudio, previa autorización de la jefatura de área del departamento. Posteriormente se procedió durante el mes de mayo al procesamiento de los datos, elaboración de los cuadros estadísticos con su respectivo análisis y discusión de resultados así como a la elaboración del informe final correspondiente.

8. Presentación de resultados y tipo de tratamiento estadístico:

Para la presentación de los resultados se hizo uso de cuadros estadísticos de dos entradas. Los resultados obtenidos, por medio del instrumento se procesaron manualmente. Para su análisis se hizo uso de cifras absolutas y porcentajes. Con cada cuadro se realizó la interpretación y análisis de los resultados.

9. Aspectos éticos:

Se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo; se le explicó al personal de salud del centro y puestos de salud del municipio de Tecpán Guatemala, el objeto del estudio, el motivo y la utilidad del mismo, por lo que se pidió su colaboración para participar en dicha investigación.

B. Recursos.

1. Humanos:

- a. Personal de salud a cargo del centro y puestos de salud del MSPAS en el municipio de Tecpán Guatemala.
- b. Mujeres embarazadas que asistan a su consulta de control prenatal al centro y puestos de salud.
- c. Médicos asesor y revisor.
- d. Médicos unidad salud reproductiva del MSPAS.

2. Materiales:

- a. Instalaciones del centro y puestos de salud del
- b. municipio de Tecpàn Guatemala, Chimaltenango.
- c. Instrumento de recolección de datos
- d. Equipo y mobiliario de escritorio.
- e. Medio de transporte: automóvil y buses extraurbanos.

3. Económicos:

| | |
|--|------------------|
| a. Uso de internet | Q. 150.00 |
| b. Transporte | Q. 600.00 |
| c. Fotocopias | Q. 125.00 |
| d. Impresión de tesis | Q. 2,000.00 |
| e. Enseres de oficina (hojas papel bond lápices, borrador, Cinta de impresora) | <u>Q. 300.00</u> |
| Total | Q. 3,175.00 |

VII. PRESENTACION, ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.

Cuadro No. 1

Calidad del servicio de control prenatal que prestan el centro y puestos de salud del municipio de Tecpán Guatemala. Por establecimiento de salud.

Abril - mayo 2002.

| <i>*Establecimiento de salud</i> | <i>%</i> | <i>Servicio control prenatal</i> | | <i>**Criterios alcanzados</i> |
|--------------------------------------|----------|----------------------------------|--------------------|-------------------------------|
| | | <i>Con calidad</i> | <i>Sin calidad</i> | |
| Centro de salud Tecpán G. | 10 | No | Si | 0/6 |
| Puesto de salud Chirijuyu | 10 | No | Si | 0/5 |
| Puesto de salud Xenimajuyu | 10 | No | Si | 1/5 |
| Puesto de salud Pacacay | 10 | No | Si | 1/5 |
| Puesto de salud Caquixajay | 10 | No | Si | 1/5 |
| Puesto de salud Xejaví | 10 | No | Si | 1/5 |
| Puesto de salud San José Chirijuyu | 10 | No | Si | 1/5 |
| Puesto de salud Caliaj | 10 | No | Si | 0/5 |
| Puesto de salud Palamá | 10 | No | Si | 1/5 |
| Puesto de salud Xecoxol | 10 | No | Si | 1/5 |
| Total: 10 establecimientos evaluados | 100 | | | |

Fuente: Instrumento de evaluación.

Nota: *El puesto de salud de Agua Escondida no fue evaluado, ya que en el momento de la evaluación se encontraba fuera de servicio, debido a que la enfermera auxiliar a cargo se encontraba en su período post-parto.

**El criterio número uno, el cual se refiere a una rutina de evaluación rápida de las pacientes en la sala de recepción (ver anexo), no se tomó en cuenta en la evaluación de los puestos de salud, debido a que solo existe un auxiliar de enfermería a cargo y las pacientes pasan directamente a la clínica para ser evaluadas.

Análisis:

Se realizó un estudio observacional descriptivo, en 10 de los 11 establecimientos de salud del MSPAS, ubicados en el municipio de Tecpán Guatemala departamento de Chimaltenango; durante los meses de abril y mayo del presente año.

De acuerdo a los resultados obtenidos por medio de la aplicación del instrumento de evaluación (ver anexo), se puede observar que de los 6 criterios que se incluyen en el instrumento, solo un 70% de los establecimientos de salud cumplieron únicamente con un criterio en forma correcta, mientras que el restante 30% no cumplió con ninguno de los criterios mencionados. Es importante mencionar que en los puestos de salud, no se tomó en cuenta el criterio número uno, cuyos ítems se refieren a una rutina de evaluación rápida de las pacientes en la sala de recepción, pues que en estos establecimientos solo se encuentra un auxiliar de enfermería a cargo del puesto, quien entra en contacto con las pacientes en el interior de la clínica en el momento de iniciar la consulta.

Por lo tanto, se detectó deficiencia marcada en la calidad del servicio de control prenatal, que actualmente se presta a las pacientes embarazadas en el municipio de Tecpán Guatemala, por parte de los puestos y centro de salud, ya que ningún establecimiento de salud (100%) logró alcanzar la totalidad de los criterios evaluados, requisito necesario para considerar de calidad el servicio de control prenatal.

Los desaciertos presentados durante la evaluación, fueron localizados en su mayoría en los ítems incluidos en los criterios 1 (tomado en cuenta solo en el centro de salud), 3, 4, 5 y 6, los cuales básicamente, se refieren al recurso material con que se debe de contar en cada establecimiento de salud, así como al conocimiento científico que debe poseer el personal de salud y la aplicación del

mismo en la elaboración de fichas clínicas, examen físico, análisis e interpretación de la información obtenida y plan educacional y de seguimiento de las pacientes. Se destaca que fue en el conocimiento científico del personal, el aspecto donde se detectó la mayor deficiencia. Por otra parte y de manera contraria, fue en el criterio número dos, que se refiere básicamente a la recepción cordial y adecuada de las pacientes, e inicio cordial de la consulta por parte del personal de salud, donde se presentaron la mayoría de los aciertos, lo cual se demuestra en que 7 de los 10 establecimientos cumplieron con todos los ítems contenidos en el criterio; y los 3 establecimientos restantes fallaron en uno o dos de los ítems del mismo criterio.

Lo anterior evidencia, que el aspecto más importante que se debe de considerar, inicialmente para mejorar la calidad del servicio de control prenatal, es el que involucra el conocimiento científico del personal; esto se relaciona con la falta de capacitación sobre este tema dirigida al personal de salud, de esta manera se contribuye a la no retroalimentación y a la no generación de conocimiento nuevo, pues se presta mayor atención a otros problemas de salud pública no menos importantes, como por ejemplo: el programa inmunizaciones, anticoncepción, enfermedades inmunoprevenibles, tuberculosis, intoxicación por plaguicidas, entre otros. Además, el recurso material necesario para la prestación del servicio, cuya deficiencia detectada fue menor y similar en todos los establecimientos, también debe de ser implementado así como evaluado periódicamente; de tal forma que se brinden las herramientas adecuadas, para una atención más completa de las pacientes embarazadas.

Aunque el aspecto motivacional fue el que presentó más aciertos, es importante no descuidarlo y mantenerlo, o en el mejor de los casos incrementarlo, de tal forma que combinado con un conocimiento científico adecuado y recursos materiales suficientes, permita lograr la calidad que le corresponde a la atención prenatal en el municipio.

Cuadro No. 2

Desempeño del servicio de control prenatal que prestan el centro y puestos de salud del municipio de Tecpán Guatemala. Por establecimiento de salud.
Abril - mayo 2002.

| <i>Establecimiento de salud</i> | <i>%</i> | <i>Desempeño del servicio</i> | |
|--------------------------------------|----------|-------------------------------|-------------------|
| | | <i>Adecuado</i> | <i>Inadecuado</i> |
| Centro de salud Tecpán G. | 10 | No | Si |
| Puesto de salud Chirijuyu | 10 | No | Si |
| Puesto de salud Xenimajuyu | 10 | No | Si |
| Puesto de salud Pacacay | 10 | No | Si |
| Puesto de salud Caquixajay | 10 | No | Si |
| Puesto de salud Xejaví | 10 | No | Si |
| Puesto de salud San José Chirijuyu | 10 | No | Si |
| Puesto de salud Caliaj | 10 | No | Si |
| Puesto de salud Palamá | 10 | No | Si |
| Puesto de salud Xecoxol | 10 | No | Si |
| Total: 10 establecimientos evaluados | 100 | | |

Fuente: Instrumento de evaluación.

Análisis:

El servicio de control prenatal que se brinda en el centro y puestos de salud del municipio de Tecpán Guatemala, se desempeña actualmente de una manera inadecuada en todos los establecimientos evaluados. En orden de magnitud, la mayor deficiencia fue detectada en el conocimiento científico del personal de salud, seguida de los recursos materiales con que cuenta cada establecimiento y por último la motivación del personal para llevar a cabo su labor (que se detectó en tres de los establecimientos en forma leve).

Es importante mencionar, que todo el personal de enfermería auxiliar tanto del centro como de los puestos de salud, manifestaron estar conscientes de que poseen deficiencia en la prestación de la

atención prenatal, sobre todo en aspectos teóricos; ya que indican que no han recibido la capacitación adecuada, que les permita mejorar la atención a las pacientes y utilizar en forma adecuada los recursos con que cuentan. Cada puesto de salud, está atendido por un auxiliar de enfermería que presta servicio de control prenatal. En el caso del centro de salud, un médico y dos auxiliares de enfermería, se encargan de la prestación del servicio. Con la evaluación realizada, se evidencia que el médico, es quien posee menor deficiencia en aspectos teóricos (con necesidad de retroalimentación en algunos de ellos) que el resto del personal, sin embargo, el papel que desempeña el auxiliar de enfermería en la consulta es similar al del médico general, además la cantidad de pacientes embarazadas que atiende el médico es menor, comparada con la que evalúan los auxiliares de enfermería de manera general.

El recurso material, con que actualmente se cuenta en los diferentes establecimientos, es el necesario para una atención prenatal básica, pero de acuerdo al instrumento de evaluación, presenta deficiencias en algunos aspectos que deben de implementarse, para una atención prenatal más completa que permita identificar embarazos de riesgo y referirlos oportunamente.

La motivación fue uno de los aspectos evaluados que se presentó en casi la totalidad del personal. Las deficiencias observadas fueron leves, esta situación es favorable, ya que no sería de utilidad implementar el conocimiento del personal y aumentar los recursos

materiales, si no existe el ánimo y la actitud positiva por parte del personal, para obtener el mayor provecho en la prestación del servicio.

Es evidente, que la presencia de factores como recurso humano mínimo, inadecuada administración del tiempo que se dedica a cada paciente, tendencia creciente de la población, alta demanda de consultas (sobre todo en el centro de salud), automatización de la atención, la no individualización de cada paciente, ausencia de evaluaciones periódicas del servicio, etc.; contribuyen a las deficiencias ya citadas.

El análisis de las deficiencias presentadas, en cada uno de los aspectos evaluados se desarrolla en las paginas siguientes, con su respectivo cuadro estadístico.

Cuadro No. 3

Conocimiento sobre control prenatal, que posee el personal encargado de prestar el servicio en el centro y puestos de salud del municipio de Tecpán Guatemala. Por establecimiento de salud. Abril - mayo 2002.

| <i>Establecimiento de salud</i> | <i>Personal a cargo del servicio</i> | <i>%</i> | <i>Conocimiento del personal de salud</i> | |
|------------------------------------|--------------------------------------|----------|---|-------------------|
| | | | <i>Adecuado</i> | <i>Inadecuado</i> |
| Centro de salud Tecpán G. | 3 | 23.07 | No | Si |
| Puesto de salud Chirijuyu | 1 | 7.69 | No | Si |
| Puesto de salud Xenimajuyu | 1 | 7.69 | No | Si |
| Puesto de salud Pacacay | 1 | 7.69 | No | Si |
| Puesto de salud Caquixajay | 1 | 7.69 | No | Si |
| Puesto de salud Xejaví | 1 | 7.69 | No | Si |
| Puesto de salud San José Chirijuyu | 1 | 7.69 | No | Si |
| Puesto de salud Caliaj | 1 | 7.69 | No | Si |
| Puesto de salud Palamá | 1 | 7.69 | No | Si |
| Puesto de salud Xecoxol | 1 | 7.69 | No | Si |
| Total de personas | 13 | 100 | | |

Fuente: Instrumento de evaluación.

Análisis:

Según los resultados obtenidos, a través de la aplicación del instrumento de evaluación, a cada uno de los puestos y centro de salud del municipio de Tecpán Guatemala; se pudo observar que la totalidad del personal de salud que fue evaluado, presenta deficiencia en la información científica, relacionada con la prestación del control prenatal. Se logró determinar que existe gran similitud, en la forma en que se presta la atención a las pacientes embarazadas en los diferentes establecimientos de salud, lo cual indica que la mayoría de las deficiencias detectadas, se presentaron en los mismos aspectos clínicos de la atención prenatal relacionados con la ficha clínica,

examen físico, plan educacional y plan de seguimiento, considerados en los criterios evaluados a través del instrumento.

Por lo tanto, las deficiencias de conocimiento detectadas en el personal de salud se describen y analizan de la siguiente manera: un 7.69% no interroga sobre antecedentes obstétricos de la paciente, esto ocasiona que factores de riesgo como multiparidad, cesáreas anteriores, abortos previos, etc., no sean tomados en cuenta, aumentando la probabilidad de complicaciones que afecten tanto a la paciente como al feto.

El cálculo de la edad gestacional, lo realiza el 100% del personal de salud, sin embargo, el 84.6% hace este diagnóstico de manera incorrecta, debido a que no conocen ningún método relacionado con la fecha de última menstruación o con la altura uterina; evidenciándose que se desconoce la importancia de la edad gestacional como parámetro para la realización de acciones posteriores durante el embarazo.

De forma similar ocurre con el diagnóstico de la fecha probable de parto, el cual es realizado por el 92.3% del personal de salud, siendo solo un 23.07% quienes realizan el cálculo correctamente utilizando la regla de Naegele, mientras que el restante 69.24% lo hace en forma empírica. Esto repercute principalmente en el diagnóstico correcto de embarazos postérmino.

En lo que respecta al uso de medicamentos, solo un 23.07 % del personal de salud interroga a sus pacientes sobre este aspecto, el cual debe de tomarse en cuenta; ya que muchas de las pacientes en diversas situaciones tienden a automedicarse, a recurrir a los remedios caseros o a utilizar medicamentos recomendados por personas no capacitadas, como en el caso de los curanderos; ignorando los efectos negativos que ciertas sustancias pueden ejercer durante la gestación.

Además se detectó que el 100% del personal no obtiene información sobre el uso de tabaco o alcohol, ni sobre enfermedades de transmisión sexual incluyendo el SIDA, esta situación es desfavorable, pues aunque la frecuencia del tabaquismo y alcoholismo sea baja en la población de sexo femenino de la región, siempre es ideal incluir estos aspectos dentro del interrogatorio para la detección oportuna de las pacientes que llevan a cabo estas prácticas y de esta manera brindarles plan educacional, sobre los efectos nocivos que pueden causar durante el embarazo. De igual manera, no se obtienen datos relacionados con enfermedades de transmisión sexual, pues con excepción del médico del centro de salud, el personal desconoce como se manifiestan clínicamente la mayoría de estos trastornos así como su tratamiento.

En el caso de la vacunación con toxoide tetánico, un 7.69% del personal de salud no interroga ni aplica la vacuna, contrario a un 92.3% que lo hace en forma adecuada, lo cual se explica por la importancia que se presta al servicio de inmunizaciones, ya que

periódicamente se dan capacitaciones sobre este aspecto, en el cual se incluye al grupo materno.

Porcentajes similares se observan, en la obtención de información sobre otros problemas de salud diferentes a la gestación por parte del personal, ya que un 7.69% no investiga sobre este aspecto, pues asume que una consulta de control prenatal debe ir dirigida a la evaluación de la gestación únicamente.

En relación al examen físico de las pacientes, se logró observar que el 100% del personal no realiza toma de temperatura, ni medición de la frecuencia respiratoria y solo un 15.38% realiza la medición de la frecuencia cardíaca, sin embargo, el 100% realiza toma de presión arterial y peso de la paciente (ésta medida presenta alteración por el hecho de que todas las balanzas se encontraban descalibradas en el momento de la evaluación). Se pone énfasis en las dos últimas mediciones mencionadas, para descartar hipertensión inducida por el embarazo, así como para descartar desnutrición, la cual es común en la región, descuidándose los otros signos vitales que orientan al funcionamiento óptimo de otros sistemas, así como al diagnóstico de enfermedades infecciosas, pulmonares, cardiovasculares, etc., cuando estas se presentan.

El examen de conjuntivas y palmas de las manos, como signo presuntivo de un proceso anémico, solo lo realizan el 23.07% del personal de salud; debido a que esta acción no se practica de rutina durante el examen físico, se está subestimando así la frecuencia de

esta afección, que es muy común en la región por la dieta deficiente y sobre todo en la población de sexo femenino en edad fértil.

Además, el 100% del personal no toma en cuenta que la paciente debe de permanecer con la vejiga vacía durante la evaluación, ya que puede interferir en la palpación abdominal y en la medición de la altura uterina; sin dejar por un lado lo incomodo que esta situación resulta para la paciente, pues en ninguna de las evaluaciones se preguntó u ofreció a la paciente orinar antes de iniciar el examen físico. Tampoco se realiza por parte del personal de salud, la acción de cubrir el abdomen y extremidades inferiores de la paciente, con una sábana durante el examen físico, este aspecto resulta de suma importancia para la comodidad de la paciente.

Durante la evaluación abdominal de las pacientes, se pudo observar que solo un 30.76% realiza la medición de la altura uterina con técnica adecuada, mientras que el resto lo realiza sin conocimiento de la técnica, desconociendo también la forma correcta de utilizar dicho dato como parámetro para el cálculo de la edad gestacional, así como del crecimiento normal del feto. En la palpación abdominal, el 100% del personal realiza maniobras de Leopold; con excepción del médico del centro de salud, el resto del personal diagnostica únicamente la presentación fetal, ya que no logra diferenciar una maniobra de otra, ni la aplicación adecuada de cada una para la determinación de embarazos múltiples, situación fetal e identificación del lugar de búsqueda del latido cardíaco fetal. Esto último, se relaciona con el hecho de que del 92.3% que si ausculta el

latido cardíaco fetal, solo un 30.76% lo realiza sin dificultad, tomando en cuenta que de este porcentaje el 23.07% tiene el recurso de doppler portátil para tal efecto; el 61.54% presentó dificultad para ubicar el latido cardíaco con estetoscopio, debido a que en muchos casos se utilizaba el diafragma del mismo y en otros se desconocía la región abdominal mas idónea para iniciar la auscultación.

El 100% del personal de salud no realiza examen genital, debido en parte al desconocimiento de la utilidad del mismo y por otra para no incomodar a la paciente, con lo cual se evita la detección de parásitos externos, condilomas, vulvovaginitis, etc., afecciones que pueden estar presentes debido a las prácticas deficientes de higiene y la baja instrucción que presenta gran parte de la población.

Es importante que durante la atención médica de las pacientes, el 100% del personal de salud no practica el lavado de manos, ni antes ni después de la consulta, debido a que se desconoce el riesgo que este aspecto implica en la transmisión de ciertas enfermedades.

En el caso de los exámenes de laboratorio, estos se solicitan de rutina por el 23.07% del personal y únicamente en el centro de salud durante la primera consulta de control prenatal de la paciente. El 76.93% restante representado por el personal de los puestos, no solicita ningún examen en forma rutinaria, debido a que los puestos de salud no cuentan con laboratorio en sus instalaciones, siendo el paciente el que debe acudir al centro de salud, situación que en la mayoría de los casos no se cumple, lo que da lugar a que en los

puestos de salud se soliciten exámenes de laboratorio solo si se considera necesario, esto último sumado a una evaluación incompleta del paciente y a los trastornos que se presentan asintomáticos, en muchas situaciones da lugar a que se pasen desapercibidos procesos como infecciones del tracto urinario, diabetes gestacional, anemia, parasitosis intestinal, etc.

El plan educacional, que se brinda a las pacientes por parte del personal de salud presenta deficiencia, puesto que no se cubren aspectos importantes relacionados con la higiene, sexo seguro, y lactancia materna, información importante para la prevención de enfermedades (incluyendo las de transmisión sexual), así como para la preparación de la futura madre (sobre todo si es primigesta) en la alimentación del bebé. La información que si se proporciona en un 69.21%, es la relacionada con la nutrición, ya que la alimentación de la mayoría de la población posee una dieta deficiente, sin embargo, la información que se brinda no es completa. Por otra parte, es escasa la orientación que se brinda a la paciente sobre el parto y sobre como actuar ante eventuales emergencias o complicaciones, ya que solo un 7.69% lo realiza en forma incompleta no dando todas las indicaciones correspondientes; este punto es de suma importancia sobre todo para las pacientes que presentan factores de riesgo, ya sea por gestaciones anteriores o por la actual, o que habitan en las diferentes aldeas del municipio, puesto que el acceso a toda hora de servicios de salud y la disponibilidad de transporte son escasos; por lo que es importante que se oriente sobre estos aspectos, de tal forma que se

tenga ideado un plan de acción que se adapte a cada paciente en forma individual, dependiendo de sus factores de riesgo o lugar de habitación. Lo anterior, puede relacionarse con el hecho de que el 92.3% del personal de salud, posea deficiencia en la detección y manejo de complicaciones relacionadas con el embarazo, ya que la información relacionada con este aspecto que se maneja durante las consultas fue escasa e incompleta. De igual forma, la información que se proporcionó a las pacientes sobre su estado de salud después de la consulta, solo fue proporcionada por un 15.38% del personal de salud. En un porcentaje un poco mayor 23.07% que corresponde al personal del centro de salud, se dio plan educacional a las pacientes sobre la importancia de la realización de los exámenes de laboratorio, esto se relaciona con el hecho de que las pacientes que son atendidas en los puestos de salud, no acudan al centro de salud a realizarse dichos exámenes en forma rutinaria. También la información que se brinda a las pacientes sobre problemas de salud asociados al embarazo, aunque se proporciona por un 92.3% del personal, es incompleta en su mayoría; pues se desconoce en la mayor parte de las situaciones el manejo adecuado.

Idealmente todos los datos de importancia obtenidos durante la consulta, deben quedar registrados en el expediente o ficha clínica, sin embargo, solo un 7.69% del personal realiza este registro en forma casi adecuada, ya que el porcentaje restante registra información incompleta, a veces de poca relevancia, esto debido a que no poseen un esquema de registro estandarizado para tal proceso.

Las deficiencias detectadas en el conocimiento científico que posee el personal de salud, sobre todo el personal auxiliar de enfermería que atiende en los puestos y centro de salud, se deben a que no se imparten talleres de capacitación, que permitan una retroalimentación en forma periódica de los aspectos fundamentales, que se deben de cumplir en una consulta de control prenatal, ya que muchas de las acciones que se realizan se hacen en forma equivocada pues se han aprendido en forma empírica y otras acciones no se realizan porque se desconoce su importancia dentro de la atención prenatal.

Cuadro No. 4

Recurso material con que cuentan el centro y puestos de salud del municipio de Tecpán Guatemala, para la prestación del servicio de control prenatal. Por establecimiento de salud. Abril - mayo 2002.

| <i>Establecimiento de salud</i> | <i>%</i> | <i>Recurso material</i> | |
|--------------------------------------|----------|-------------------------|---------------------|
| | | <i>Suficiente</i> | <i>Insuficiente</i> |
| Centro de salud Tecpán Guatemala | 10 | No | Si |
| Puesto de salud Chirijuyu | 10 | No | Si |
| Puesto de salud Xenimajuyu | 10 | No | Si |
| Puesto de salud Pacacay | 10 | No | Si |
| Puesto de salud Caquixajay | 10 | No | Si |
| Puesto de salud Xejaví | 10 | No | Si |
| Puesto de salud San José Chirijuyu | 10 | No | Si |
| Puesto de salud Caliaj | 10 | No | Si |
| Puesto de salud Palamá | 10 | No | Si |
| Puesto de salud Xecoxol | 10 | No | Si |
| Total: 10 establecimientos evaluados | 100 | | |

Fuente: Instrumento de evaluación.

Análisis:

A través de la aplicación del instrumento de evaluación a cada uno de los establecimientos de salud del municipio de Tecpán Guatemala, se logró evidenciar que todos los establecimientos (100%), poseen casi en su totalidad los recursos materiales que se mencionan en cada uno de los criterios evaluados, con algunas deficiencias, lo cual le da la capacidad de prestar un servicio de control prenatal simple a la población obstétrica del municipio.

Cada puesto y centro de salud, cuenta con un área física adecuada para la atención de las pacientes; ya que posee iluminación, climatización adecuada, camilla, mobiliario de oficina, y puertas que permiten la privacidad de la consulta; cuentan con equipo médico

como estetoscopios, (Doppler portátil en el caso del centro de salud), balanzas con tallímetro, esfigmomanómetros, termómetros de mercurio, cintas métricas, guantes descartables, jeringas, espéculos vaginales; medicamentos como sulfato ferroso, ácido fólico, antibióticos, complejo B, tabletas prenatales, toxoide tetánico , etc., otros como equipo para conservación de vacunas (termo refrigeradoras), jabón, toallas, sábanas, material para registro clínico, y material de apoyo educativo.

Únicamente el centro de salud (10%), cuenta con el recurso de laboratorio clínico, donde se realizan exámenes de hematócrito, glicemia, orina, heces, prueba de embarazo. Siendo este recurso no utilizado de manera correcta, ya que a las pacientes que se atienden en los puestos de salud, no se les solicitan exámenes de laboratorio en forma rutinaria, limitándose esta acción a las pacientes que son atendidas en el centro, a quienes se les solicitan los exámenes en forma rutinaria solo durante la primera consulta, dejándose por un lado los controles respectivos durante el transcurso de la gestación. Además no se realizan pruebas de VDRL, esto sumado a un interrogatorio y examen clínico incompleto, pueden contribuir a la no detección de casos de sífilis en las pacientes embarazadas que consultan. Por otro lado, aunque no se contempla en el instrumento de evaluación, es importante mencionar que no se cuenta con recursos para realizar pruebas de Papanicolau a las pacientes, medida que debe incluirse en todo control prenatal básico, para la detección oportuna de afecciones del cérvix principalmente. La evaluación odontológica, tampoco se contempla en el instrumento aplicado, y

aunque se cuente con el recurso necesario y se tenga conocimiento que la caries, es común en la población por las medidas de higiene deficientes, no se realiza evaluación bucal a las pacientes como parte de su control prenatal.

El 100% de los establecimientos posee área de recepción, que funciona también como área de espera, sin embargo, solo en el centro de salud se tiene contacto con la paciente en esta área, ya que en los puestos las pacientes entran en contacto con el personal de salud en el interior de la clínica. Por otro lado, en ningún establecimiento (0%), se pone a disposición de las pacientes el servicio sanitario, lo cual resulta incomodo para muchas de ellas; ya que no permiten llevar a cabo la micción antes de la consulta, sobre todo porque durante la gestación la micción se aumenta en frecuencia, considerando también que puede intervenir con los resultados de la evaluación abdominal.

Se observó que la energía eléctrica, llega a la totalidad de los establecimientos, sin embargo, el agua entubada solo lo hace en el 90%, siendo este un servicio básico y recurso indispensable para asegurar las medidas de higiene correspondientes durante la consulta.

El recurso material con que actualmente se cuenta en los establecimientos de salud, es de utilidad para detectar factores de riesgo, diagnosticar la edad gestacional, la condición fetal, la condición materna, y educar a la madre. Pero debe ser implementado para una atención más completa, a la vez que debe de ser mejor aprovechado por parte del personal de salud.

Cuadro No. 5

Motivación en el personal encargado de prestar el servicio de control prenatal en el centro y puestos de salud del municipio de Tecpán Guatemala. Por establecimiento de salud. Abril - mayo 2002.

| <i>Establecimiento de salud</i> | <i>Personal a cargo del servicio</i> | <i>%</i> | <i>Motivación del Personal de salud</i> | |
|------------------------------------|--------------------------------------|----------|---|----------------|
| | | | <i>Presente</i> | <i>Ausente</i> |
| Centro de salud Tecpán Guatemala | 3 | 23.07 | No | Si |
| Puesto de salud Chirijuyu | 1 | 7.69 | No | Si |
| Puesto de salud Xenimajuyu | 1 | 7.69 | Si | No |
| Puesto de salud Pacacay | 1 | 7.69 | Si | No |
| Puesto de salud Caquixajay | 1 | 7.69 | Si | No |
| Puesto de salud Xejavi | 1 | 7.69 | Si | No |
| Puesto de salud San José Chirijuyu | 1 | 7.69 | Si | No |
| Puesto de salud Caliaj | 1 | 7.69 | No | Si |
| Puesto de salud Palamá | 1 | 7.69 | Si | No |
| Puesto de salud Xecoxol | 1 | 7.69 | Si | No |
| Total | 13 | 100 | | |

Fuente: Instrumento de evaluación.

Análisis:

Con los resultados obtenidos, se pudo establecer que el aspecto motivacional, el cual involucra la actitud o el ánimo con que el personal de salud brinda el servicio a las pacientes, fue el que presentó menor deficiencia en comparación con los otros aspectos evaluados, relacionados con el conocimiento y los recursos materiales. Esta deficiencia fue detectada en un 38.45% del personal de salud, en contraste con un 61.55%, representado por el personal que cumplió en forma positiva, con los ítems relacionados con la motivación contemplados en el instrumento de evaluación, principalmente en el criterio número dos.

Es importante mencionar que el personal de salud que presentó deficiencia, ésta se manifestó en forma leve y similar. Los desaciertos

identificados, fueron localizados en circunstancias relacionadas con la privacidad de la paciente durante la consulta, poca estimulación de la paciente para aclarar sus dudas y participar en la consulta, ausencia de información para la paciente al inicio de la consulta sobre en que consiste la misma y su importancia. En el caso de uno de los puestos de salud, se detectó además de lo ya mencionado, que las pacientes son llevadas directamente a la camilla para su examen físico; realizando el interrogatorio en forma simultánea, contribuyendo a que no se logre obtener información adecuada sobre la paciente para la elaboración de la ficha clínica, no se brinde plan educacional completo a la paciente o aclaración de sus dudas y no se realice un examen físico completo.

Por otra parte, los resultados obtenidos en forma favorable en todo el personal de salud, relacionados con la motivación, pueden ser debidos a que con excepción del médico del centro de salud, todo el personal es originario del municipio, además residen en la misma aldea o en aldea cercana a la ubicación del puesto de salud, así como también, todos además del español, hablan la lengua del lugar.

Muchas de las acciones que no se llevaron a cabo, o que se realizaron en forma incorrecta durante la atención prenatal por parte del personal de salud; junto con la inadecuada utilización de los recursos materiales que se presentó en algunas situaciones, se debe principalmente a que no se tiene el conocimiento teórico correcto, más que por falta de motivación del personal. Gran parte del conocimiento que actualmente posee el personal de salud (sobre todo en los

auxiliares de enfermería) fue adquirido de manera empírica, lo que se traduce en una automatización de la atención prenatal.

VIII. CONCLUSIONES.

1. La calidad y desempeño del servicio de control prenatal, que se presta en el centro y puestos de salud del municipio de Tecpán Guatemala, actualmente presente deficiencia, debida principalmente a un conocimiento científico inadecuado por parte del personal de salud.
2. La ausencia de capacitación en forma periódica contribuye a que el personal de salud (principalmente auxiliares de enfermería), no tenga el conocimiento científico apropiado, sobre las medidas y acciones que se realizan durante el control prenatal de una paciente embarazada.
3. La mayor parte del conocimiento que posee actualmente el personal auxiliar de enfermería, en materia de control prenatal fue adquirido de manera empírica. Lo cual condiciona una atención prenatal deficiente con inadecuado uso de los recursos materiales.
4. El personal auxiliar de enfermería, en especial quienes están a cargo en los puestos de salud, deben poseer un mejor nivel de conocimiento científico en materia de control prenatal; ya que la función que desempeña en la atención de las pacientes embarazadas debe aproximarse a la de un médico general.
5. El recurso material con que se cuenta en los diferentes establecimientos de salud, son útiles para prestar un servicio de control prenatal básico. Según el instrumento de evaluación, la

deficiencia detectada es mínima, sin embargo, en dicho instrumento no se contempla aspectos materiales a evaluar como por ejemplo los utilizados para la realización de Papanicolau, grupo sanguíneo y factor RH, urocultivo, entre otros.

6. La motivación con que el personal de salud presta el servicio de control prenatal, aunque presentó resultados favorables, no es suficiente sino se complementa con un conocimiento científico adecuado y recursos materiales necesarios.
7. El personal con que se cuenta actualmente es mínimo, tomando en consideración que además de prestar atención médica, a una población relativamente grande en los establecimientos de salud, deben realizar otra serie de acciones extramuros también de prioridad.

IX. RECOMENDACIONES.

1. Dar la importancia que le corresponde a la atención prenatal, de acuerdo a los indicadores de salud del municipio de Tecpán Guatemala, de tal forma que se incluya dentro de los planes de trabajo acciones dirigidas a mejorar el servicio de control prenatal, de igual manera como se hace con los otros servicios de salud como por ejemplo el de inmunizaciones.
2. Realizar evaluaciones en forma periódica del servicio de control prenatal, para así detectar posibles deficiencias, generar medidas correctivas y mejorar la atención a las pacientes.
3. Elaborar talleres de capacitación dirigidos al personal de salud, haciendo énfasis en el uso adecuado de recursos materiales, detección de factores de riesgo, manejo y referencia de complicaciones obstétricas y plan educacional que incluya aspectos relacionados con el parto y puerperio.
4. Incrementar el personal de salud, de tal manera que se logre una distribución de las actividades y se establezca una atención médica constante en los establecimientos de salud.
5. Realizar investigaciones similares en materia de control prenatal, en diferentes municipios, presentando los resultados a las autoridades de área y distrito.

6. Tomar en cuenta la motivación que posee el personal del centro y puestos de salud, para la implementación principalmente del aspecto cognoscitivo.

X. RESUMEN.

Se efectuó un estudio observacional descriptivo, para evaluar calidad y desempeño del control prenatal en el centro y puestos de salud en el municipio de Tecpán Guatemala, departamento de Chimaltenango. Se evaluaron 10 establecimientos y 13 miembros del personal.

Se aplicó un instrumento, el cual consta de seis criterios, que evalúan el conocimiento científico del personal, los recursos materiales con que cuentan y la motivación con que realizan su labor.

Se detectó deficiencia en calidad y desempeño del control prenatal en el 100% de los establecimientos, ya que ninguno cumplió con la totalidad de criterios evaluados. La mayor deficiencia se encontró en el conocimiento científico del personal, relacionado con ficha clínica, examen físico, plan educacional. El recurso material, aunque útil para una atención prenatal simple, no permite evaluar completamente a la paciente, no existen materiales para realizar pruebas de Papanicolau, VDRL, urocultivo, entre otros. El aspecto motivacional presentó menor deficiencia; este resultado favorable es insuficiente sin un conocimiento teórico y recursos materiales adecuados. Muchas de las acciones que no se realizaron o que se hicieron incorrectamente, así como la utilización inadecuada de recursos; se debe principalmente a una capacitación incompleta, especialmente en el personal auxiliar de enfermería, quienes han adquirido gran parte de su conocimiento empíricamente.

En base a los resultados, se recomienda otorgar importancia al control prenatal, de acuerdo a indicadores municipales de natalidad, mortalidad perinatal y morbilidad materna, desarrollar programas de capacitación dirigidos al personal, implementar recursos para una atención completa, realizar evaluaciones periódicas para retroalimentar el servicio.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Atención materna

<http://media.payson.tulne.edu:8086/spanish/aps/aps16.s/ch04.htm#TopOfPage>

2. Arribeltz, G. et al. Diagnósticos generales de obstetricia.

<http://www.sitiomedico.com.uy/internado/ginecologia/historias/ginec1.htm>

3. Avelar, R. Posición fetal y sus anormalidades

<http://audiomed.members.easyspace.com/posicionfetal.htm>

4. Biotti, Margarita. Control materno perinatal.

<http://www.minsa.gob.pe/dpspf/index2.htm>

5. Castro, Rene. Et al. Control prenatal. Referencia y contrareferencia.

<http://www.cedip.cl/Guias/Control%20prenatal.htm>

6. Controles y cuidados en el embarazo normal.

<http://www.worldwidehospital.com/h24h/emba2.htm>

7. Faúndez A. Control prenatal.

http://www.escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altorriesgo/control_prenatal

8. Galimberti, Diana. Control prenatal debe ser: precoz, periódico y completo.
<http://www.buenasalud.com/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3340&ReturnCatId=1892#>
9. Gerencia de atención primaria de Toledo, Barcelona. Atención primaria, área de sanitaria de Toledo. Programa de control del embarazo.
http://www.msc.es/insalud/primaria/gaptoledo/gprog_emb.htm
10. Instituto Nacional de Estadística de Guatemala. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 98/99. Informe de resultados obtenidos. Guatemala: 1998/1999. (pp. 92-100).
11. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Control prenatal, atención del parto-recién nacido y puerperio. Manual de referencia para aplicación de las normas de atención. Guatemala 1997.
12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Enfermedades inmunoprevenibles. Manual de referencia para aplicación de las normas de atención. Guatemala 1997.
13. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria anual de vigilancia epidemiológica. Consolidado Tecpán Guatemala 2001. Guatemala 2001. 8p.

14. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación y organización de los servicios de salud para la atención primaria infantil HPD/HPM. Boletín OPS. Washington D.C.: 1988. (publicación científica OPS No. 104). (pp. 294-298).
15. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad materna en cifras mundiales.
http://www.col.ops_oms.org/familia/maternidad/mpalacio@col.ops_oms.org
16. Organización Panamericana de la Salud. Paquete Madre/Bebé: implementando la maternidad segura en los países. Guía práctica de la división de salud Materna. Suiza: 1994. 90p.
17. Prado, N. et al. El control prenatal inadecuado como factor de riesgo de muerte fetal tardía.
<http://www.imbiomed.com.mx/Inper/Inicio.html?banner=control+prenatal+inadecuado>
18. Primera consulta.
http://espanol.geocities.com/embarazo_inteligente/primer_consulta.htm
19. Torres, J. Historia Clínica Obstétrica.
http://latina.obgyn.net/sp/articles/Diciembre99/historia_obstetrica.htm

20. UNICEF. Metas América Latina y El Caribe 1999.
<http://www.unicef.org>
21. Unidad de Salud Reproductiva. Procedimiento de llevado del Instrumento de Mejoría del Desempeño y Calidad en Salud Materno Neonatal. Guía para el llenado del instrumento y procesamiento de los datos. Guatemala: MSPAS, 2001. 4p.
22. Unidad de Salud Reproductiva. Sistema de Mejoría del Desempeño y de la Calidad en Atención Materna y Neonatal . Folleto informativo. Guatemala: MSPAS, 2001. 4p.
23. Vásquez, Claudia. Más mujeres son víctimas. Periódico Prensa Libre (Guatemala) 2002 feb; 17(16,540): 5-6.
24. Williams, John W. et al. Cuidado prenatal. En: Williams Obstetricia. 20ed. Argentina: Editorial Médica Panamericana, 1998. (pp. 209-230).

XII. ANEXO

INSTRUMENTO DE EVALUACION DEL DESEMPEÑO Y CALIDAD DE SERVICIOS MATERNO NEONATALES AREA DE ATENCION A LA MUJER EN EL EMBARAZO

Identificación del establecimiento de salud (nombre y lugar): _____
 Fecha de la visita: _____ Responsable de la visita: _____

| Criterios Observados | Medios de Verificación | Si, No, No aplicable | | | Comentarios |
|---|---|--|----------------------------------|----------------------------------|-------------|
| 1. El establecimiento realiza de rutina una evaluación rápida de las embarazadas. | Observar en la recepción o sala de espera si la persona que recibe a la embarazada: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le pregunta si tiene o ha tenido: <ul style="list-style-type: none"> - Sangrado vaginal - Dolor de cabeza o cambios visuales - Dificultad para respirar - Dolor severo abdominal - Fiebre ▪ Avisa de inmediato a el/la proveedor/a de salud en caso de cualquiera de estas complicaciones. ▪ Registra la información en la ficha clínica materna perinatal. | _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ | | | |
| 2. El/la proveedor/a de salud realiza la recepción de la mujer en forma cordial y adecuada. | Observar durante la atención de tres embarazadas si el/la proveedor/a: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se asegura que habla el idioma de la mujer o busca a alguien que pueda ayudarlo/a. ▪ Saluda a la mujer y su acompañante (si está presente) ▪ Se presenta, si es necesario. ▪ Estimula a la mujer que invite al/a la acompañante a que participe en la | 1 _____ _____ _____ | 2 _____ _____ _____ | 3 _____ _____ _____ | |

| | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|
| <p>Los criterios del 2 al 6 deben ser observados en secuencia como parte de la misma consulta.</p> <p>Si más de un proveedor realiza la atención prenatal, observar una atención de cada uno hasta completar las 3 requeridas.</p> | <p>consulta.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ofrece una silla a la mujer y a su acompañante. ▪ Pregunta a la mujer el motivo de la visita. ▪ Estimula a la mujer que haga preguntas durante toda la atención. ▪ Responde a las preguntas usando lenguaje sencillo. ▪ Explica a la mujer en qué consiste la atención. ▪ Asegura la privacidad durante toda la atención: <ul style="list-style-type: none"> - Mantiene la puerta de la sala de consulta cerrada. - No permite la entrada y salida de otras personas durante la atención. | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | |
| <p>3. El/la proveedor/a de salud obtiene la historia clínica incluyendo aspectos obstétricos, médicos sociales.</p> | <p>Observar durante la recolección de información si el/la proveedor/a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inicia o revisa la ficha clínica materna perinatal ▪ Pregunta y registra la siguiente información en la historia clínica materna perinatal: <ul style="list-style-type: none"> - Nombre - Edad - Número de embarazos anteriores - Fecha de la última regla ▪ Calcula la edad gestacional ▪ Calcula la fecha probable de parto (si | <p>1</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>2</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>3</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | |

[illegible]

| | | | | | |
|--|--|-------|-------|-------|--|
| | por 14 días | _____ | _____ | _____ | |
| | - Orienta sobre el tratamiento de la(as) pareja(s) | _____ | _____ | _____ | |
| | - Orienta sobre un nuevo examen de control | _____ | _____ | _____ | |
| | ▪ Orienta sobre: | | | | |
| | - Nutrición | _____ | _____ | _____ | |
| | - Higiene | _____ | _____ | _____ | |
| | - Sexo seguro | _____ | _____ | _____ | |
| | - Lactancia materna temprana y exclusiva en los primeros 6 meses | _____ | _____ | _____ | |
| | - Signos y síntomas de inicio del trabajo de parto (contracciones uterinas regulares expulsión del tapón mucoso) | _____ | _____ | _____ | |
| | ▪ Pregunta si ella, su familia y/o la comunidad tienen decidido un plan para la atención de su parto que considere emergencias eventuales - “Plan de maternidad saludable” (con apoyo de la familia y de la comunidad) | _____ | _____ | _____ | |
| | ▪ Elabora o revisa con ella este plan considerando los hallazgos de la consulta: | | | | |
| | - Lugar recomendado para tener el parto | _____ | _____ | _____ | |
| | - Recomienda el parto en el hospital si encuentra situación transversa o presentación podálica después de las 36 semanas de gestación u otra complicación como sangrado vaginal, cefaleas intensas, anemia severa o | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|
| | fiebre - Persona que va a atender el parto - Disponibilidad de transporte para ir al lugar del parto y ante emergencias eventuales - Personas (familiar, amiga/o comadrona, comunidad, organizaciones locales) involucradas en el plan - Identificación de alternativas para visitar previamente el lugar elegido para el parto (hospital, maternidad comunitaria) ■ Orienta sobre potenciales emergencias/complicaciones, qué hacer y donde ir si tiene: - Sangrado vaginal - Dolor de cabeza intenso, mareo o visión borrosa - Convulsiones - Dificultad para respirar y cansancio | _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ | _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ | _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ | |
| 6. El/la proveedor/a realiza una evaluación de la atención y su seguimiento | Observar si el/la proveedor/a: ■ Pide a la mujer que repita los puntos más importantes de la orientación ■ Explica a la mujer la importancia de efectuar los exámenes de laboratorio indicados y cuando debe regresar para evaluar los resultados ■ Pregunta y responde a las dudas o preocupaciones de la mujer | 1 _____ _____ _____ _____ | 2 _____ _____ _____ _____ | 3 _____ _____ _____ _____ | |

| | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cita para la próxima consulta de acuerdo a la norma vigente ▪ Registra toda la información en la historia materna perinatal | <div>_____</div> <div>_____</div> | <div>_____</div> <div>_____</div> | <div>_____</div> <div>_____</div> | |
|--|--|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|