

**Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Mèdicas**



**“Evaluación del control prenatal en adolescentes Hospital
Nacional Pedro de Bethancourt
Enero 2001- Enero 2002.”**

ERICK HAROLDO MALDONADO GIRON

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala Agosto del 2002.

INDICE

I.-	Introducción	1
II.-	Definición del problema	2
III.-	Justificación	3
IV.-	Objetivos	4
V.-	Revisión Bibliográfica	5
VI.-	Metodología	19
VII.-	Presentación de Resultados	24
VIII.-	Análisis y Discusión de Resultados	32
IX.-	Conclusiones	36
X.-	Recomendaciones	37
XI.-	Resumen	38
XII.-	Bibliografía	39
XIII.-	Anexos	41

I. Introducción

Un control prenatal adecuado constituye una parte fundamental en la evolución del embarazo de la adolescente normal, dando como resultado la existencia de un recién nacido sano y una madre sin complicaciones. (7)

La adolescente embarazada es un grupo que lleva consigo problemas desde el hogar, el cual abandona tempranamente, truca sus estudios e inicia actividad sexual tempranamente; hay mejor riesgo de enfermedades de transmisión sexual, embarazo no deseado y complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Además debemos mencionar que los problemas socioeconómicos en este grupo son más severos, lo que agrava su situación actual y complica su embarazo. El embarazo durante la adolescencia se caracteriza por estar complicado con diversas patologías como preeclampsia, parto prematuro, ruptura prematura de membranas, falta de control prenatal dando como resultado mayor riesgo de muerte materna y perinatal. Existen investigaciones en otros países en vías de desarrollo, que muestran que a pesar, de concederle una gran importancia al control prenatal, este no se lleva acabo de manera adecuada faltando a la calidad, si no al contrario se ha evidenciado, que en un buen porcentaje las adolescente embarazadas, en sus visitas no se les ha realizado un adecuado control, en donde no son seguidas normas de los sistemas de salud local así como los recomendados por la Organización Mundial de la Salud, siendo una prioridad de salud pública el embarazo de la adolescencia toma importancia saber la calidad del control prenatal brindado a nuestras adolescentes embarazadas.(2, 3, 8)

En el presente estudio se evalúa la calidad del control prenatal a las adolescentes embarazadas que asistieron al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, durante enero del 2001 a enero del 2002. Para esto se realizó la revisión de 150 expedientes clínicos de las adolescentes embarazadas que asistieron a su control prenatal en el periodo antes mencionado. Determinado la correlación control prenatal patología y dando la caracterización epidemiológica de la adolescente embarazada que asiste a su control prenatal en el hospital.

II. Definición del Problema

El control prenatal, no es más que la atención sistemática y periódica que se otorga a la embarazada con el objeto de observar el desarrollo fisiológico de la gestación, prevenir complicaciones maternas y perinatales y por consiguiente detectar y tratar patologías concomitantes y prepararlas física y psíquicamente para el parto y cuidado de su hijo. (2, 3)

En países de tercer mundo como Guatemala es frecuente que la mujer tenga su primer hijo durante la adolescencia, especialmente en aquellos segmentos de la población socioeconómicamente bajos; varios factores influyen en la madre adolescente, para que no acuda a los centros de atención durante su embarazo, presentado complicaciones frecuentemente como: partos prematuros, hijos de bajo peso al nacer, Preeclampsia, muerte materna, defunción perinatal. Por lo mismo es necesario que la mujer adolescente al embarazarse se ponga inmediatamente en contacto con el servicio de salud más cercano, ya que la atención prenatal correctamente aplicada ayuda a la mujer adolescente a tener embarazos con menor riesgo y por lo tanto recién nacidos sanos. De lo anterior, podemos decir que no solo es importante que la mujer adolescente embarazada asista a un centro de salud para que le establezcan su control prenatal si no también que este sea de óptima calidad y cumpla con los requisitos indispensables que hace que el control prenatal sea completo y adecuado entendiéndose esto como: que la paciente asista idealmente antes de las 20 semanas de gestación, que el número de controles en total sean igual o mayor de 5, que en cada control aparezca anotado en su ficha, la sintomatología presente, la edad de la paciente, la edad gestacional, el peso, la presión arterial, frecuencia cardíaca, altura uterina, movimientos fetales, frecuencia cardíaca fetal si esta presente o no, edema en miembros inferiores, laboratorios como: Grupo sanguíneo y Rho, hematología completa, VDRL, orina. (1, 14).

El embarazo en adolescentes es una prioridad en salud pública, los diferentes aspectos sociales y médicos se han descrito en diferentes trabajos, el presente estudio determinara la calidad del control prenatal, evaluara si el control prenatal ha sido inadecuado, el incumplimiento o incumplimiento parcial de la normas de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para la adolescente embarazada de parte del Hospital nacional de antigua Guatemala, se relaciona con la morbilidad general de las pacientes, caracterizándolas epidemiológicamente a las mismas, para que el objetivo fundamental de la asistencia prenatal se cumpla que es llevar a feliz termino la gestación con madre y recién nacido saludables. El presente estudio se realizara con los registros de la pacientes adolescentes que acudieron a control prenatal al Hospital Nacional de Antigua Guatemala Pedro de Bethancourt, durante enero del 2001 a enero del 2002.

III. Justificación

El control prenatal, es parte fundamental del programa de atención Materno-infantil, debe efectuarse en forma eficiente y adecuada, para que contribuya a disminuir las tasa de morbilidad materna y perinatal. Los elevados índices de mortalidad materna se ciernen con características de tragedia en el panorama de salud de las adolescentes embarazadas en los países en vías de desarrollo, esta situación es especialmente dramática cuando se tiene en cuenta que, en la gran mayoría de los casos, las muertes son prevenibles. El reconocimiento del riesgo que representa el embarazo para la adolescente ha dirigido la atención de obstetras de forma espectacular hacia ese sector de la sociedad. Los países más afectados siguen siendo los que están en vías de desarrollo como es el caso de nuestro país. (9, 14)

En el Hospital Nacional de Antigua Guatemala Pedro de Bethancourt la calidad del control prenatal podría ser inadecuada tomando en cuenta que en muchos centros hospitalarios no presentan la atención necesaria a los diferentes datos que se deben llevar en un control adecuado. En algunos casos las pacientes llegan a su control prenatal a una edad gestacional avanzada, el número de controles es bajo ya sea porque no se les pone cita o no se les da un buen plan educacional indicándoles la importancia de el número de visitas durante su embarazo, y otros casos en los que las pacientes no son pesadas, no se tiene una adecuada historia obstétrica o los exámenes de laboratorio son repetidos sin ser analizados etc. Se han recopilado datos que muestran las pacientes que asisten a control prenatal no se les ha tomado la presión arterial, y no se les ha medido la altura uterina, lo que trasciende en un aumento de las complicaciones como partos pretérmino, productos de bajo peso, preeclampsia, eclampsia, anemias, partos prolongados y el aumento de la incidencia de cesáreas en este grupo de riesgo.

El presente estudio tiene como propósito evaluar la calidad del control prenatal en el Hospital Nacional de Antigua Guatemala. (6,7,20)

IV. Objetivos

Objetivo General:

1.- Evaluar la calidad del control prenatal y su correlación con la morbilidad en el embarazo de adolescentes, en el Hospital Nacional de Antigua Guatemala.

Objetivos Específicos:

1.- Identificar la edad gestacional del primer control prenatal y No. de controles subsecuentes.

2.- Comprobar si están registrados datos fundamentales de la historia clínica prenatal.

3.- Describir las características generales de la paciente adolescente que acudió a control prenatal.

4.- Identificación del riesgo Obstétrico y patologías presentadas por las pacientes que acudieron a control prenatal.

V. Revisión Bibliográfica

1.- CONTROL PRENATAL:

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

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

El objetivo último del control prenatal, como parte de un programa materno-perinatal, es obtener la menor tasa de morbi- mortalidad materna y perinatal en la población atendida. (1,13,14)

2.- EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA:

El embarazo en la adolescencia se define como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica 0 = edad de la menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. Ha sido llamado también síndrome del fracaso, o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza.

La etiología se relaciona con factores que incluyen nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, expectativa del grupo de pares con respecto a la iniciación de las relaciones sexuales, declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad. Cada año más de tres millones de adolescentes latinoamericanas llevan a término un embarazo. Sin embargo se tiene reportado que la tasa de fecundidad total del grupo de 15 a 19 años ha disminuido en todos los países de las Américas, pero la proporción de adolescentes embarazadas ha aumentado aún en países con sistemas de salud pública eficientes como Cuba y Estados Unidos. (16)

El embarazo de la adolescente es una crisis que se superpone a la crisis de la adolescencia. Las fases de la adolescencia muestran las actitudes de las adolescentes frente al embarazo. Hay diferencias profundas en las vivencias de la gravidez durante la adolescencia temprana, media y tardía y su conocimiento ayuda a comprender el embarazo adolescente en su contexto evolutivo.

En la etapa de adolescencia temprana. La incidencia más elevada de trastornos emocionales y negación patológica. El foco de preocupación es su propio cuerpo y la separación de la madre, en muchas adolescentes el embarazo es la respuesta

catrafóbica a la dependencia (nunca satisfecha) de la madre, y lo es a la manera de un experimento con el propio cuerpo misterioso.

05

La etapa de adolescencia media. El establecimiento de la identidad y de la feminidad. Es característica la marcada competición con la madre. El embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, durante esta etapa es frecuente el gran vaivén de los estados de ánimo, de la depresión (se siente aislada, rechazada, no querida) pasa a la euforia (dinámica, querida, popular). El embarazo, por ende, puede ser visto el mismo día como una amenaza peligrosa o como una oportunidad que brindará madurez y oportunidades.

En la etapa de la adolescencia tardía. Absorbida por el tema de las relaciones interpersonales, a menudo el embarazo es un intento de consolidar la intimidad y de “atar al novio”. Es la etapa de la consolidación de la identidad y para algunas adolescentes eso se logra con la integración en el rol de la madre joven, estrechamente ligado a factores culturales. (16)

Lo más frecuente es que el embarazo en la adolescente sea un embarazo no deseado el cual traerá problemas en la pareja adolescente, ya que no han llegado a ser adultos e independizarse y no sólo trastornan el desarrollo de la gente joven sino también son una carga para la sociedad, ya que a menudo los resultados son trágicos: niños abandonados, educación interrumpida, complicaciones médicas, aborto ilegal, 11)

3.- IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL EN LA ASISTENCIA OBSTÉTRICA DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA:

El factor más importante que determina que un embarazo sea favorable o desfavorable es el nivel socioeconómico y un control prenatal de calidad. (10)

Es importante hacer notar que estudios realizados señalan que algunas complicaciones no están directamente relacionadas con la edad sino con el cuidado y la nutrición prenatal inadecuada. (4)

El control prenatal pobre tiene un efecto relativamente fuerte en madres primíparas jóvenes, contrariamente a las pacientes multiparas de más edad.

Estudios realizados en México, Uthman han encontrado que si la atención prenatal es buena y se da tempranamente, los riesgos tanto para la madre como para el recién nacido disminuyen, comparándose con madres adultas con similar nivel social, económico y educacional. (4)

El objetivo de la obstetricia es permitir que la mujer cumpla con su función reproductiva con éxito, esto es que el embarazo resulte en un recién nacido sano, de término, de peso adecuado y sin secuelas, y en una madre también sin patología ni secuelas de ningún tipo. Para cumplir ese objetivo y para lograr la máxima aproximación a una situación ideal de ausencia total de patología materna y perinatal, es necesario un control adecuado del embarazo, de **INICIO PRECOZ** (dicese de las 20 semanas de gestación), y que cumpla determinadas rutinas mínimas, diferenciadas de acuerdo con las características de cada gestante.

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

Los mejores resultados perinatales obtenidos con las nuevas tecnologías se describen en países o regiones donde ya se había conseguido una cobertura próxima al 100 % con los cuidados prenatales básicos y cuando estas técnicas son utilizadas en grupos de embarazadas identificadas como de alto riesgo. De lo que se debe recalcar que el control prenatal, no necesita de una tecnología sofisticada. (9,12, 13)

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

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

En algún momento, puede resultar difícil de entender como la mera asistencia de la embarazada a una consulta tenga influencia sobre la evolución del embarazo, parto y puerperio. Se puede explicar por dos situaciones a) por el proceso de información y educación sobre higiene del embarazo, corrección de hábitos de influencia negativa, preparación psicológica para el parto, maternidad y lactancia, nutrición para el embarazo. b) a través de la verificación periódica de la evolución normal del embarazo y de la adopción de medidas inmediatas cuando se detecta cualquier desviación de esa normalidad. (9, 12,13)

En general, para realizar un control prenatal efectivo, según lo que se ha dicho anteriormente, de por si ambulatorio, no se precisan instalaciones costosas, aparatos

complicados, ni laboratorios sofisticados, pero sí se requiere el uso sistemático de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente, y el empleo adecuado de tecnologías sensibles que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor que el esperado.

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

- a) Su costo, cuando no es gratuito para el usuario, a esto hay que agregar gastos de transporte, pérdida de horas laborales, etc.
- b) La inadecuada capacidad del sistema de salud.
- c) Problemas en la organización, en la práctica y hasta en la atmósfera con que se brinda el control.
- d) Barreras del orden cultural.
- e) Inaccesibilidad geográfica.
- f) Falta de credibilidad en las bondades del sistema de salud y en la necesidad del control. (7, 9, 10)

4.- OBJETIVOS DEL CONTROL PRENATAL:

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

- a) Diagnóstico correcto de la edad gestacional.
- b) Detección de antecedentes mórbidos y obstétricos.
- c) Reconocimiento de factores de riesgo.
- d) Diagnóstico de alteraciones fetales.
- e) Intervención obstétrica oportuna en casos patológicos.
- f) Educación de la madre sobre hábitos higiénicos.
- g) Educación a la pareja sobre planificación familiar.

h) Preparación psicofísica para el parto.

08

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

- a) Obtener bases para planificar el control prenatal de la población.
- b) Definir la población afectada a ser normatizada en el futuro.
- c) Conocer información relevante del embarazo en el lugar que se realiza.
- d) Fijar un cronograma que permita la evaluación del control prenatal a nivel nacional.
- e) Conocer las principales causas de complicaciones maternas y fetales que influyan en las tasas de morbi-mortalidad del país. (3, 8, 9, 12)

5.- NIVELES DE ASISTENCIA PRENATAL:

Los distintos niveles de asistencia que existen nos sirven para la atención de la paciente según el grado de riesgo que se les detecte durante su consulta, ya que la atención que se presta en cada uno es diferente, de acuerdo con las necesidades que se presentan, refiriéndonos al tipo de material y equipo que se necesita y por su puesto el personal que brinda la atención, porque no será el mismo que atienda a una paciente con un embarazo normal, a una que tenga factores de riesgo. (10,11)

6.- PROGRAMA MÍNIMO DE ASISTENCIA PRENATAL:

El simple contacto de madre con los servicios de salud durante el embarazo no basta para obtener el efecto benéfico deseado sobre la salud de la madre y el niño, que constituye el objetivo principal de control prenatal. Para que este beneficio pueda conseguirse, se requiere un cierto nivel de calidad del control prenatal.

Hay dos indicadores que permiten evaluar, en parte la asistencia prenatal

a) La edad gestacional de la primera consulta y b) El número total de consultas prenatales. La precocidad de la primera consulta es importante para que la embarazada reciba, desde el inicio de la gestación la información sobre higiene, hábitos y alimentación que protejan su salud gestacional; para diagnosticar y corregir oportunamente las patologías o desvíos de la normalidad, como lúes serológico, anemia, bajo peso materno; y para obtener el diagnóstico de edad gestacional, es más preciso cuando más precozmente se determina.

Con respecto al número de consultas prenatales considerando como ideal, hay diferencia entre los autores e instituciones, variando entre 6 - 16 o más consultas por

embarazada. La OMS propone como la exigencia mínima de la atención prenatal, cinco controles iniciados con anterioridad a las 20 semanas de gestación. (10, 11, 12)

09

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

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

De los dos primeros ya se ha profundizado anteriormente, ahora sobre el tercero de estos, se refiere a que la anamnesis, el examen físico y las pruebas de gabinete y de laboratorio sean completas. En cuanto al último, es de orden institucional según la capacidad del sistema de salud del país. (10, 11, 12)

7.- CONTENIDOS DEL CONTROL PRENATAL:

En la primera consulta prenatal deberá realizarse un examen clínico obstétrico completo. tomando en cuenta lo siguiente:

Comentario [F1]:

- a) confirmación del embarazo
- b) anamnesis
- c) examen físico
 - frotis de papanicolau
 - pelvimetría clínica
- d) solicitud de estudios de laboratorio
 - biometría hemática, grupo sanguíneo y factor RHO, estudios de anticuerpos, pruebas serológicas de sífilis, cifras de anticuerpos antirubéola, virus de la hepatitis B, bacteriuria, virus de la inmunodeficiencia humana o clamidiasis en pacientes seleccionadas.
- e) evaluación de riesgos
 - pruebas adicionales según estén por los factores de riesgo.
- f) orientación a la paciente
 - instrucciones acerca de los signos de complicaciones, entrega de folletos informativos y respuesta a las preguntas de la paciente. (3,7,12)

8.- PARAMETROS DEL CONTROL PRENATAL:

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

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

- Biometría hemática completa: Que debe incluir: hematología, índices eritrocitarios recuentos leucocitarios y plaquetarios.
- Estudios de grupo sanguíneo: Hay que determinar el grupo sanguíneo ABO y el tipo de factor RHO, sea positivo o negativo. Todas las pacientes deben ser objeto de evaluación en busca de anticuerpos. Aunque hay anticuerpos irregulares apenas en 1 % de la población, varios pueden causar eritroblastosis fetal.
- Otros estudios sanguíneos: La prueba serológica de sífilis debe emprenderse en todas las pacientes, además de efectuar la de anticuerpos antirubéola si no se ha realizado con anterioridad.
- Orina: Una muestra de orina no contaminada debe analizarse en busca de glucosa y proteínas. Si hay náusea y vómito importantes, también debe evaluarse dicha muestra en busca de cuerpos cetónicos. En todas las pacientes hay que emprender un urocultivo cuantitativo o una de las diversas pruebas diagnósticas de que se dispone para detectar bacteriuria de importancia. (3, 12, 16)

Peso:

Se ha establecido que cuanto mayor es el peso materno antes del embarazo y la ganancia de peso durante el embarazo, mayor es el peso del recién nacido y menor la frecuencia de bajo peso al nacer, y consecuentemente mayor el crecimiento y desarrollo físico y mental niño durante el primer año de vida.(1, 12)

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

Durante un embarazo normal con un solo feto debe esperarse un aumento de peso de unos 9 Kg, explicable a partir de los evidentes cambios fisiológicos inducidos

por el embarazo, esto es dependiendo del autor ya que otros se basan mediante tablas establecidas para evaluar la ganancia de peso.

11

Edema:

El edema es un signo que deben ser observados en todos los controles prenatales. El edema de las extremidades inferiores es frecuente, de preferencia en las últimas semanas de gestación y en especial si la mujer tiene várices de las extremidades inferiores. Habitualmente es edema postura, determinado por la dificultad del retorno venoso que ocasiona la presencia del útero grávido. Ciertamente desaparece o disminuye elevando las extremidades inferiores o haciendo reposo en decúbito lateral. No constituye necesariamente un signo patológico. El edema de la cara y de las manos refleja retención hídrica y puede ser el comienzo de patología gravídica (preeclampsia). Su presencia obliga a un detenido estudio de la paciente. (1,10, 11, 12)

Presión Arterial:

Es uno de los signos más importantes de registrar en toda consulta prenatal. No puede entenderse un control prenatal sin registro de presión arterial. Es el elemento diagnóstico más útil para detectar los síndromes hipertensivos que, diagnosticados a tiempo, pueden ser adecuadamente manejados, por lo general sin daño para que la madre ni el feto, pero que abandonados sin diagnóstico pueden significar un grave peligro para ambos incluso con la vida. (1, 12)

Se considera hipertensión arterial en la embarazada, una cifra tensional que alcance o sobrepase los 90 mmHg para la presión diastólica o los 140 mm Hg para la sistólica. No obstante también se considera hipertensa una embarazada que durante sus controles prenatales presente un aumento de 30 mm Hg para la presión sistólica y de 15 mm de Hg para la diastólica. Debe recordarse que en la embarazada normal existe un descenso de la presión arterial durante el segundo trimestre del embarazo. Así, ligeras elevaciones durante este periodo, aunque no alcancen la definición descrita de hipertensión en el párrafo anterior, deben ser interpretadas como primeras señales de una posible situación patológica y tomarse los cuidados correspondientes. Para decir que una embarazada es hipertensa se requiere de una presión arterial elevada por lo menos durante dos controles separados separados por un periodo mínimo de 6 horas, habiendo permanecido durante ese periodo en reposo absoluto.

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

Altura uterina:

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

Hasta las once semanas de gestación, el útero permanece dentro de la pelvis y habitualmente es solo a partir de las doce semanas que se palpa con cierta facilidad por vía abdominal.

12

A partir de este momento, el crecimiento de la altura uterina es relativamente regular, alcanzando la cicatriz umbilical a las 20 semanas. Utilizando una metodología de patrón de medida de la altura uterina, el percentil 50 de las medidas para cada semana de amenorrea sigue una progresión casi perfectamente lineal entre las 20 y 33 a 34 semanas, con incremento de 1 cm por cada semana, siendo la altura de 1 a 2 cm menor que el número correspondiente a las semanas de gestación. A partir de las 35 semanas la curva de crecimiento prácticamente se aplanan con aumentos de medio centímetro por semana hasta las 38 cuando el crecimiento prácticamente se detiene. (9,10,16)

Auscultación de los latidos cardiacos fetales (LCF):

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

Percepción materna de movimientos fetales:

El feto tiene actividad motora y realiza movimientos precozmente. Ellos son detectados por la ultrasonografía desde las 8-9 semanas de amenorrea. Sin embargo desde el punto de vista asistencial prenatal, lo que interesa es la percepción materna de los movimientos fetales, que por lo que regular se describen a partir de la 20 semana, este es otro dato importante que nos indica vitalidad fetal. (16)

9.- Cronología de actividades para controles prenatales

Las actividades para el control prenatal deben estar dispuestas en un cronograma elaborado de acuerdo a la actividad que debe ser desarrollada a lo largo del embarazo y todo el embarazo.

En cada consulta deben confluír la mayor cantidad de actividades con la finalidad de reducir al mínimo útil el número de controles. (18)

Actividades propuestas en las sucesivas consultas

	Consultas				
	1ra.	2da.	3ra.	4ta.	5ta.
Cálculo de la amenorrea	X	X	X	X	X
Medición del peso	X	X	X	X	X
Determinación de la presión arterial	X	X	X	X	X
Evaluación del crecimiento fetal	X	X	X	X	X
Evaluación de riesgo	X	X	X	X	X
Administración de hierro y ácido fólico	X	X	X	X	X
Contenidos educativos	X	X	X	X	X
Diagnóstico de vida fetal		X	X	X	X
Diagnóstico del número de fetos			X	X	X
Evaluación de la cantidad de líquido amniótico			X	X	X
Examen de orina	X	X	X		
Diagnóstico de presentación fetal			X	X	X
Detección de diabetes gestacional	X			X	
Detección de sífilis	X			X	
Determinación de hemoglobina	X		X		
Vacunación antitetánica		X	X		
Anamnesis	X				
Examen clínico general	X				
Medición de talla	X				
Examen gineco-obstétrico	X				
Diagnóstico de embarazo	X				
Determinación del grupo sanguíneo y Rho	X				
Evaluación de la pelvis	X				
Examen odontológico	X				

Fuente: CLAP-OPS-OMS

10.- EMBARAZO DE ALTO RIESGO:

El embarazo de alto riesgo es aquella gestación que potencialmente puede condicionar morbilidad materna y perinatal, durante el transcurso del embarazo, parto o puerperio. (1, 4)

Se ha observado el alto riesgo que presenta el embarazo en adolescentes, tanto por sus complicaciones directamente maternas como sobre el feto. Dentro de las complicaciones maternas se encuentran: (4)

Desproporción cefalopelvica:

Se ha estudiado que el crecimiento ponderal estatural en la adolescencia tiene un pico máximo antes de la menarquia para disminuir gradualmente en uno o dos años subsiguientes. El 30 a 40 % del crecimiento de la pelvis y órganos sexuales femeninos, complementan su crecimiento dentro del inicio de la adolescencia hasta el período comprendido por la adolescencia tardía. (1, 4)

Se hizo un estudio en el cual el tamaño del canal del parto es pequeño en los primeros años después de la menarquia, por lo que aquellas jóvenes que tenían una menarquia temprana tenían una pelvis más pequeña e inmadura que aquellas que tuvieron una menarquia tardía. Siendo esta inmadurez un riesgo obstétrico significativo en mujeres jóvenes primíparas. (14)

Lavelle, en un estudio del crecimiento del canal del parto en adolescentes, demostró que aunque estas alcancen la estatura standard de la población, no significa que la madurez de los órganos reproductores y el tamaño de la pelvis sea ideal para la reproducción. (11)

El crecimiento lento de la pelvis y del canal del parto incide sobre la vía de resolución del parto, produciendo desproporción cefalopélvica, la cual va a producir un aumento del riesgo de parto prolongado, disfunción uterina (distocias), contracción pélvica y cesáreas. (1, 19)

La edad materna (12 a 19), la menarquia temprana y la baja edad ginecológica (edad al momento de la gestación menos la edad al momento de la menarquia, son factores de riesgo que influyen en las complicaciones maternas descritas anteriormente. (1, 4, 19)

Abortos:

La reproducción humana es un proceso relativamente ineficaz. Algunos investigadores han demostrado que sólo el 57 % de todas las concepciones continúan más allá de la semana 20 de gestación. De los fracasos, el 75 % se produce antes de la implantación y sólo se reconocen clínicamente el 25 %. Recientes investigaciones han observado una frecuencia total de embarazos del 31 % con un 22 % antes de la implantación. Aunque el número de embarazos perdidos no se reconocen clínicamente, la mayoría no se reconocen clínicamente, y el problema de la pérdida precoz del embarazo se limita en la práctica a los abortos después de implantación. (1)

Un aborto espontáneo se define y se reconoce como la pérdida involuntaria del embarazo antes de que el feto sea viable, a las 24 semanas. Aproximadamente el 80 % de todos los abortos espontáneos ocurren antes de las 12 semanas y se denominan abortos precoces.

15

El resto se producen entre las 13 y 14 semanas y se le llama abortos tardíos. Por lo general es posible encontrar una explicación para la mayoría de los abortos espontáneos. Las causas más frecuentes son:

- a.- Anomalías genéticas, 50 - 60 % de los casos.
- b.- Anomalías endocrinas, 10 - 15 % .
- c.- Separaciones corioamnióticas, 5-10 %.
- d.- Cervix incompetente, 8 - 15 %.
- e.- Infecciones, 3 - 5 %.
- f.- Implantación anormal de la placenta, 5 - 15 %.
- g.- Anomalías inmunológicas, 3- 5 % .
- h.- Anomalías anatómicas uterinas, 1-3 %.
- i.- Causas desconocidas, menos del 5 %.

Los abortos en las adolescentes tienden a repetirse en un 10 %. En América Latina y el Caribe, la maternidad y el aborto se encuentra entre las primeras cinco causas principales de muerte, para las mujeres de 15 a 19 años de edad. (1, 17)

Trastornos Hipertensivos:

Dentro de las complicaciones maternas se han observado que las jóvenes embarazadas y primíparas en un 42 % tienen un mayor riesgo de preeclampsia y pueden llegar a eclampsia que es una de las causas más comunes de muerte materna y alta mortalidad perinatal. (4)

Como se señaló anteriormente, las adolescentes por distintas causas no acuden al control prenatal o si lo hacen es tardíamente. Esto es muy importante porque por un control prenatal temprano se puede controlar la preeclampsia y evitar o prevenir la eclampsia. (1)

Se han encontrado que las adolescentes como preeclampsia tienen un mayor riesgo para que el producto sea prematuro. Y también es el grupo donde más se utilizó fórceps para el parto en porcentaje de 31 %. (1, 4)

Entre otras complicaciones se encuentran:

Es frecuente que las adolescentes presenten anemia en los primeros años que siguen a la menstruación, por la pérdida menstrual mensual, aumentado las demandas de hierro y ácido fólico para la corrección. El embarazo temprano agrava la tendencia a

la anemia, esto como consecuencia directa a una mayor demanda de nutrientes tanto materno como fetales, y en pacientes de bajo estrado socio - económico la mala nutrición es otro etiología importante de la misma.

16

Complicaciones en la labor y parto, corioamnionitis, fiebre por ruptura prematura de membranas ovulares, laceraciones de primer y tercer grado, trabajo de parto prolongado y difícil por inercia uterina, placenta previa, polihidramios.

Las complicaciones fetales más frecuentes encontradas en el embarazo de adolescentes es el bajo peso al momento del nacimiento, prematurez, RN con Apgar menor de 6 puntos, R N pequeños para edad gestacional, enfermedad de membrana hialina, síndrome de distres respiratoria. (1, 2, 6, 8, 11)

Los paramentros recomendados por el Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social para la identificación del alto riesgo obstetrico son los siguientes: (12,13, 4)

- a.- Bajo riesgo obstétrico: 0 - 2 puntos.
- b.- Altor riesgo obstétrico: 3 - 7 puntos.
- c.- Riesgo obstétrico severo: 7 o más puntos.

Obteniéndose dicho puntaje por medio de la tabla siguiente:

ALTO RIESGO OBSTETRICO

PARAMETROS	PUNTEO				Total
	0	1	2	3	
Historia reproductiva					
Edad					
Menor de 17 años		1			
De 18-35 años	0				
Mayor de 35 años		1			
Paridad					
0- partos		1			
1-4 partos	0				
Mayor a 5 partos		1			
2 ó más abortos		1			
Historia de infertilidad		1			
Macrosomía fetal		1			
Parto prematuro		1			
RN menor de 5lbs. 8oz		1			
Hemorragia post-parto		1			
HIE hipertensión crónica			2		
Condiciones médicas o quirúrgicas					
Cirugía ginecológica previa		1			
Enfermedad renal crónica		1			
Diabetes gestacional		1			
Diabetes Mellitus				3	
Enfermedad cardíaca				3	
Embarazo actual					
Hemorragia del 1er trimestre		1			
Hemorragia del 2do y 3er trimestre				3	
Anemia menor de 10gms.		1			
Embarazo prolongado		1			
Hipertensión inducida por el embarazo			2		
Ruptura prematura de membranas ovulares			2		
Polihidramnios			2		
Oligohidramnios				3	
Restricción del crecimiento intrauterino				3	
Embarazo múltiple				3	
Presentaciones anormales				3	
Isoinmunización Rho				3	
Hipertensión crónica			2		
TOTAL					

Fuente: Manual de control Prenatal MSPAS.

VI. Metodología

1.- TIPO DE ESTUDIO:

Ambospectivo- Descriptivo.

2.- UNIDAD DE ANÁLISIS:

Registros clínicos de las pacientes adolescentes que acudieron al control prenatal , en el Hospital Nacional Pedro Bethancourt, de la ciudad de antigua Guatemala, en el periodo comprendido en el enero del 2,001 a enero del 2,002.

3.- UNIVERSO DEL ESTUDIO:

Se tomara una muestra de los registros clínicos de pacientes adolescentes que acudieron durante el año de estudio. Se calculo que durante un año promedio, se realizan en el hospital un número de 2500 controles prenatales a embarazadas adolescentes. Donde se ha utilizado la siguiente formula:

$$n = \frac{N pq}{N - 1 \frac{(e)^2}{4} + pq}$$

n = número

p = 0.5 de probabilidad de ocurrencia del evento.

q = 0.5 de probabilidad de no ocurrencia del evento.

N = Universo

e = 0.079 límite de error

n = 150 expedientes.

4.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

A.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Se incluirá en el estudio a todos los registros clínicos de las pacientes en adolescencia temprana y tardía (10 a 19 años) que asistieron a control prenatal al hospital nacional de antigua Guatemala en el periodo mencionado.

5.- VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Características Generales	Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual Estado civil: Estado de una persona dentro de la sociedad Ocupación: Es aquella actividad que desempeña una persona o a lo que se dedica Educación: Es la acción de desarrollar las facultades físicas, intelectuales y morales Procedencia: Urbano que procede del casco urbano de los municipios,	Datos referidos por la paciente que son registrados en la historia clínica prenatal.	Numérica Nominal	años Soltera Casada Estudia Trabaja Ama de casa Otro Alfabeta Primaria Secundaria Diversificado Analfabeta Urbano Rural

	Rural, persona que procede de las aldeas de los municipios.			
Laboratorios	Laboratorios mínimos según la normas de atención del MSPAS: hematología con velocidad de eritro-sedimentación grupo sanguíneo y rh, orina, VDRL, glicemia	Laboratorios registrados en la historia clínica	Nominal	Si No Completo Incompleto
Examen Obstétrico	Los referido a: Medición de la altura uterina, Maniobras de Leopold, movimientos fetales. frecuencia cardiaca fetal	Datos anotados en la historia clínica, prospectivo observación directa con tabla de cotejo.	Nominal	Si , No Completo Imcompleto
Datos fundamentales de la historia clínica prenatal y procedimiento	Datos obtenidos durante la anamnesis y al examen físico en cada control prenatal registrados en la historia clínica	Síntomas referidos por la paciente y examen obstétrico anotado en la historia clínica de la paciente	Nominal	Antecedentes patológicos: Si No. Antecedentes Obstetricos: Si No Signos Vitales Si No Peso Si No Talla
Edad gestacional al primer control prenatal	Tiempo transcurrido del embarazo al asistir a su primer control	Dato anotado en la historia clínica en semanas	Numérica	No. de Semana del primer control prenatal

				.
Número de controles prenatales	Visitas realizadas al servicio de salud para la evaluación del curso del embarazo	Número de controles prenatales que asistió la madre adolescente	Numérica	0 1,2 3,4 5,6 7
Riesgo obstétrico	Morbi-mortalidad materna y fetal según las normas del MSPAS Bajo riesgo: 0 - 2 pts Alto riesgo: 3 - 7 pts Riesgo severo 7 ó + pts	Dato registrado en la historia clínica	Nominal	bajo riesgo alto riesgo riesgo severo
Calidad del control prenatal	Control prenatal de calidad debe ser precoz: antes de las 20 semanas de gestación. Periódico: con un número de visitas de 7 Completo: no debe faltar ninguna de las actividades programadas para el control prenatal mínimo	Indicadores registrados en la historia clínica prenatal	Nominal	Mala calidad Buena calidad
Morbilidad en la adolescente embarazada	Morbilidad evidenciada durante el control prenatal	Datos obtenidos en la historia clínica prenatal	Nominal	I.T.U. Ruptura prematura de membranas,

				Trabajo de parto pretermino, Preeclampsia, Eclampsia, Retardo del crecimiento intrauterino, Distocia.
--	--	--	--	---

6.- RECURSOS:

Materiales:

- a) Boleta de recolección de datos.
- b) Computadora e impresora
- c) Archivo de Hospital Nacional Pedro Bethancourt.

Humanos:

- a) Personal de archivo del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.
- b) Asesor de Tesis.
- c) Revisor de Tesis.

7.- RECOLECCIÓN DE DATOS Y MEDICIÓN DE VARIABLES:

La información será recabada mediante una boleta de recolección de datos la cual será llenada con la información recabada de los expedientes clínicos de la pacientes en edad adolescente que llevaron control prenatal en el hospital Pedro de Bethancourt.

Por tratarse de un estudio de tipo descriptivo, se usara para el análisis e interpretación de los resultados la estadística descriptiva usando la técnica de: Cuadros de datos, tabla de frecuencia, gráficas.

Por último, después del análisis de los resultados se establecerán las conclusiones y recomendaciones.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

Cuadro 1

Registro de edad en la historias clínicas de las pacientes adolescentes que asistieron a control prenatal en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt durante enero del 2001 a enero del 2002

<i>Edad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
10 años	0	0
11 años	0	0
12 años	0	0
13 años	0	0
14 años	3	2.00
15 años	17	11.33
16 años	33	22.00
17 años	31	20.67
18 años	34	22.67
19 años	32	21.33
<i>TOTAL</i>	150	100 %

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Cuadro 2

Estado civil registrado en la historia clínica prenatal de las pacientes adolescentes que asistieron al control prenatal en el Hospital Nacional

Pedro de Bethancourt durante
enero del 2001 a enero del 2002

<i>Estado civil</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Solteras	47	31.33
Casadas	103	68.67
TOTAL	150	100 %

Fuente: Boleta de recolección de datos.

25

Cuadro 3

Registro de la ocupación de las pacientes adolescentes que asistieron
al control prenatal en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt
durante enero del 2001 a enero 2002.

<i>Ocupación</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Estudiante	24	16.00
Trabajadora	11	7.33
Ama de casa	115	76.67
Otros	0	0.00
TOTAL	150	100 %

Fuente: Boleta de recolección de datos

Cuadro 4

Registro de la educación de las pacientes adolescentes que asistieron
al control prenatal al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt durante
enero del 2001 a enero del 2002

<i>Educación</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Alfabeto	15	10.00
Primaria	75	50.00
Secundaria	36	24.00
Diversificado	12	8.00

Analfabeta	12	8.00
TOTAL	150	100 %

Fuente: Boleta de recolección de datos

26

Cuadro 5

Registro de la procedencia de las pacientes adolescentes que asistieron al control prenatal en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt durante el periodo de enero 2001 a enero del 2022

<i>Procedencia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Urbano	60	40
Rural	90	60
Total	150	100 %

Fuente: Boleta de recolección de datos

Cuadro 6

Registro de los Datos fundamentales de la historia clínica prenatal de las pacientes adolescentes que asistieron al control prenatal en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt durante enero del 2001 a enero del 2002

<i>Datos de la historia clínica prenatal</i>	<i>Registrado</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Sin registrar</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Total</i>
Antece. patológicos	118	78.67	32	21.33	150
Antece.	110	73.33	40	26.67	150

obstétricos					
Signos vitales	121	80.67	29	19.33	150
Peso	84	56.00	66	44.00	150
Talla	32	21.33	118	78.67	150

Fuente: Boleta de recolección de datos

27

Cuadro 7

Registro de los laboratorios efectuados a las pacientes adolescentes que asistieron al control prenatal en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt durante enero del 2001 a enero del 2002

Laboratorio	Registrados	Porcentaje	Sin registrar	Porcentaje	Total
Hematología más V. S.	58	38.67	92	61.33	150
Grupo y Rho	58	38.67	92	61.33	150
Orina	29	19.33	121	80.67	150
V.D.R.L.	20	13.33	130	86.67	150
Glicemia	23	15.33	127	84.67	150

Fuente: Boleta de recolección de datos

Cuadro 8

Registro del examen obstétrico realizado a las pacientes adolescentes que asistieron al control prenatal en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt durante enero del 2001 a enero del 2002

Examen Obstétrico	Registrado	Porcentaje	Sin registrar	Porcentaje	Total
Medición de altura uterina	144	96.00	6	4.00	150
Maniobras	142	94.67	8	5.33	150

de Leopold					
Movimientos fetales	142	94.67	8	5.33	150
Frecuencia cardiaca fetal	144	96.00	6	4.00	150

Fuente: Boleta de recolección de datos

28

Cuadro 9

Registro de la edad gestacional de la primera consulta de la pacientes adolescentes que acudieron a control prenatal en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt durante enero del 2001 a enero del 2002

<i>Edad Gestacional</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
7 semanas	2	1.33
8 semanas	2	1.33
9 semanas	1	0.67
12 semanas	7	4.67
13 semanas	1	0.67
14 semanas	3	2.00
15 semanas	6	4.00
18 semanas	5	3.33
20 semanas	9	6.00
22 semanas	4	2.67
23 semanas	3	2.00
26 semanas	2	1.33
27 semanas	3	2.00
29 semanas	4	2.67
30 semanas	7	4.67
32 semanas	7	4.67
33 semanas	3	2.00
34 semanas	1	0.67
35 semanas	1	0.67
36 semanas	11	7.33

37 semanas	15	10.00
38 semanas	24	16.00
39 semanas	9	6.00
40 semanas	12	8.00
TOTAL	150	100 %

Fuente: Boleta de recolección de datos

29

Cuadro 10

Registro del número de controles prenatales a los cuales asistieron las pacientes adolescentes en el Hospital Pedro de Bethancourt durante enero del 2001 a enero del 2002

<i>Número de controles prenatales</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
0	3	2.00
1	47	31.33
2	40	26.67
3	16	10.67
4	13	8.67
5	3	2.00
6	8	3.33
7	20	13.33
TOTAL	150	100 %

Fuente: Boleta de recolección de datos

Cuadro 11

Registro de la determinación del riesgo obstétrico presentado por las pacientes adolescentes que acudieron al control prenatal en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt durante enero del 2001 a enero del 2002

<i>Riesgo Obstétrico</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Bajo Riesgo	27	18.00
Alto Riesgo	108	72.00
Riesgo Severo	15	10.00
<i>TOTAL</i>	150	100 %

Fuente: Boleta de recolección de datos

30

Cuadro 12

Determinación de la calidad del control prenatal prestada a las pacientes adolescentes en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt durante enero del 2001 a enero del 2002

<i>Calidad del control prenatal</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Mala Calidad	137	91.33
Buena Calidad	13	8.67
<i>TOTAL</i>	150	100 %

Fuente: Boletas de recolección de datos

Cuadro 13

Morbilidad presentada por las adolescentes que acudieron a control prenatal en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de enero del 2001 a enero del 2002

<i>Morbilidad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Infección del tracto urinario	14	16.87
Ruptura prematura de membranas ovulares	6	7.23
Trabajo de parto Pretermino	3	3.61
Retardo del crecimiento intrauterino	12	14.46
Preeclampsia - eclampsia	19	22.89

Distocias	29	34.94
TOTAL	83	100 %

Fuente: Boleta de recolección de datos

31

VIII. Análisis y Discusión de Resultados.

La edad de la pacientes adolescentes que asistieron a control prenatal fue en un 21.33 % pacientes de 19 años, seguida con 22.00 % pacientes de 16 años lo cual muestra que las pacientes en su mayoría estaban cursando la adolescencia tardía, este grupo de pacientes muestra un menor riesgo durante la gestación debido a que la madurez fisiológica e intelectual que van adquiriendo ayuda a disminuir los riesgos. No se encontró ninguna paciente menor de 14 años, este grupo de pacientes tiene su riesgo obstétrico considerado como severo.

(Cuadro 1)

Un 68.67 % de las pacientes se encuentran casadas o unidas encontrando una estabilidad social y emocional, lo cual ayuda a cursar con un gestación de bajo riesgo, ya que se debe de tratar de embarazos deseados por la pareja. Por el contrario se encontró un 31.33 % de las pacientes se encuentra en calidad de madres solteras, que pueden tener el apoyo familiar para llevar su embarazo a feliz término, o por el contrario encontrarse rechazadas y cursar con un embarazo no deseado trayendo consecuencias psicológicas y patológicas propias de la gestación. (Cuadro 2)

Las pacientes adolescentes que acudieron al control prenatal son amas de casa en un 76.67 %; se encuentran en calidad de estudiantes el 16.00 %; el 7.33 % trabaja. Lo cual evidencia que la mayoría de las pacientes dependen económicamente de la pareja o de la familia para llevar la carga económica de la gestación, y que la mayoría no puede satisfacer las necesidades básicas para cursar con un embarazo saludable lo que llevara a recién nacidos con problemas nutricionales entre otros. (Cuadro 3)

Con lo que respecta a la educación el 50.00 % de la pacientes ha cursado la educación primaria; el 24.00 % alcanzo la educación secundaria y solo el 8.00 % curso la educación diversificada, el porcentaje de analfabetismo fue bajo situado en el 8.00 % de las pacientes, esto es importante ya que a mayor nivel educativo el plan educacional tiene mejores resultados en las madres adolescentes, ya que se comprende de mejor manera las indicaciones y recomendaciones dadas por el médico durante el control prenatal. Por el contrario las pacientes con bajo nivel escolar tienen menor grado de comprensión y entendimiento de las recomendaciones dadas por el personal de salud y se guían más por las tradiciones o información dado por personal

no capacitado como lo son las comadronas que tienen su mismo nivel cultural y se sienten más identificadas con la información proporcionada por ellas. (Cuadro 4)

En un 60 % las pacientes proceden del medio rural de los municipios y aldeas circunvecinas al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt. Esto debido a que el servicio de consulta externa donde se lleva el control prenatal esta habilitado durante la mañana, y es el horario en el que existe una mayor facilidad en acceso de transporte para acudir al hospital. (Cuadro 5)

32

El registro de los datos fundamentales se encontró deficiente en los registros clínicos de las pacientes adolescentes evidenciando que solo un 78.67 % de los antecedentes patológicos son descritos en el expediente. Los antecedentes obstétricos únicamente se registraron en el 73.33 % de las historias consultadas. Los signos vitales datos imprescindibles en las historia clínica se registraron en el 80.67 % de los expedientes, pero los datos menos registrados fueron el peso registrado en un 56.00 %. La talla dato fundamental para las pacientes adolescentes únicamente se registro en el 21.33 % de las historias consultadas. Estos datos revelan que no se esta prestando la debida importancia a la información indispensable y que sienta las bases para un control prenatal de calidad y que cumpla con todos los requisitos necesarios, en beneficio de la paciente. La metodología para el registro de estos datos en el Hospital Nacional Pedro Bethancourt es el recomendado por el CLAP, donde se registran sucesivamente los eventos según la edad gestacional de la paciente. (Cuadro 6)

Los laboratorios indispensables para un control prenatal adecuado son pocos y en su mayoría de fácil acceso a la población, de estos laboratorios el porcentaje de registro es bajo ya que el 38.67 % de los registros clínicos se encuentran anotadas las hematologías, al igual que el grupo sanguíneo que son laboratorios básicos para conocer la condición materna. El examen general de orina se encuentra registrado en el 19.33 % de los expedientes consultados al igual que el V. D. R. L. . El nivel serico de glicemia se encuentra registrado en el 15.33 %. Esto revela que no se puede llevar un control prenatal de calidad sin conocer la condición general de la paciente tanto clínicamente como bioquímicamente, al no tener esta información las patologías maternas durante el embarazo pasan desapercibidas hasta llegar el momento que producen complicaciones, con serias consecuencias para la madre como para el feto en caso de no llegar a finalizar la gestación. (Cuadro 7)

El registro del examen obstétrico muestra que la altura uterina fue registrada en el 96 % de los expedientes, las maniobras de Leopold fueron descritas en el 94.67 % de los registros. Los movimientos fetales se registraron en el mismo porcentaje que las maniobras de Leopold, y la frecuencia cardiaca fetal se registro en el 96 %, esta información nos muestra que el personal de salud que presto la atención de control prenatal cuenta con los conocimientos y pone en practica la evaluación clínica de la paciente embarazada, sin embargo existe un pequeño porcentaje de esta información

que no fue registrada con lo cual la calidad del control prenatal se ve deficiente, ya que al momento de la próxima cita de la paciente no se contara con la información necesaria para evidenciar si el embarazo venia cursando normalmente o si se había corregido algún tipo de patologías determinada en esa ocasión. (Cuadro 8)

La edad gestacional en la cual las pacientes adolescentes iniciaron su control prenatal fue diversa, ya que se evidenció que hubo pacientes que consultaron desde la semana No. 7, hasta pacientes que consultaron en la semana No. 40, evidentemente las pacientes que llevaron un control prenatal periódico mostraron un mejor comportamiento

33

durante la gestación. el 16.00 % de las pacientes que acudieron a su control prenatal lo hicieron durante la semana No. 38, con un número de consultas muy bajo, en estos casos no se cumple con el requisito de calidad de control prenatal el cual requiere que sea lo más temprano posible por debajo de las 20 semanas de gestación. Pero este aspecto no depende directamente de servicio del Hospital ya que los factores culturales educativos y económicos de la adolescente embarazada adquieren relevancia ya que influyen de manera directa en la decisión de la adolescente a cursar un embarazo saludable y controlado o un embarazo saludable pero con riesgo de que en algún determinado momento este equilibrio se pierda. (Cuadro 9)

El número de visitas para un control prenatal es otro parámetro importante para evidenciar la calidad del control prenatal ya que entre un mayor número de visitas se tiene una vigilancia más estricta sobre la gestación aun más tratándose de una gestación de una adolescente. La Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia social establecen que el mínimo de visitas de un control prenatal es de 5 durante toda la gestación, los cuales deben ser completos y registrarse toda la información necesaria. En el estudio se evidencio que el 31.33 % de las pacientes consultaron a un solo control prenatal antes del parto; y que el 13.33 % acudieron como mínimo a 7 controles prenatales, esto básicamente obedece a diversos factores socioeconómicos, culturales y educacionales. De los cuales nos podemos dar cuenta en el presente trabajo son bajos en todos los aspectos, y como se evidencio las pacientes acuden al servicio de salud con una gestación avanzada en el tercer trimestre. (Cuadro 10)

La determinación del riesgo obstétrico por parte del personal que presto servicio de control prenatal evidencio que las pacientes adolescentes se encontraban el 72.00 % en gestaciones de alto riesgo por diversas patologías siendo una de ellas la edad, y otras entidades de carácter clínico y epidemiológico, las pacientes que aun se encontraban en adolescencia temprana se catalogaron como pacientes de riesgo obstétrico severo 10 %. El 18 % de los registros consideraban a la adolescente gestante como de bajo riesgo durante su gestación.(Cuadro 11)

De toda la información recabada se evidencio que el 91.33 % de los controles prenatales de pacientes adolescentes y que se revisaron sus registros se encuentran deficientes en uno o más de alguno de los parámetros para evaluar la calidad del control prenatal, lo que lleva un riesgo importante para la adolescente gestante como para su producto que por se es un producto de alto riesgo y valioso. Únicamente el 8.67 % de los controles prenatales revisados se llevaron de manera adecuada y con todos los parámetros adecuadamente registrados y llevados a cabo cronológicamente bien. Aunque no todos los parámetros a evaluar corresponden directamente a la institución evaluada ya que hay diversos factores de tipo socioeconómico que afectan a las adolescentes embarazadas, entre ellos perjuicios sociales, economía en pobreza y pobreza extrema, falta o ausencia total de cultura de salud reproductora, y la inmadurez emocional y psíquica de la paciente para enfrentar una gestación con responsabilidad.

(Cuadro 12)

34

Se detecto morbilidad prenatal en las pacientes adolescentes en 54 casos de los cuales el 35.18 % fueron trastornos hipertensivos como preeclampsia - eclampsia, la infección del tracto urinario fue la segunda con el 25.92 % de los casos en menor porcentaje se evidencio retardo del crecimiento intrauterino, ruptura prematura de membranas ovulares y trabajo de parto Pretermino, esto coincide con la literatura consultada ya que este tipo de trastornos se encuentran incluidos dentro del grupo de patologías en las que se debe estar alerta para detectarlas a tiempo y corregirlas lo más pronto posible y llevar a un feliz término la gestación. (Cuadro 13)

IX. Conclusiones

- 1.- La calidad del control prenatal que se brinda en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt es inadecuado ya que no llena con los requisitos establecidos en las normas de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y no cumple con lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud esto es ser un control prenatal, **PRECOZ, PERIÓDICO, COMPLETO** , y se puede agregar de amplia cobertura. Esto se correlaciona directamente con el alto porcentaje de patología obstétrica que se evidencio durante el estudio.
- 2.- La edad gestacional más frecuente del primer control prenatal fue la de 38 semanas de gestación, evidenciado que únicamente se llevo control prenatal en una cita posterior a la primera consulta, mostrando que la edad gestacional tardía de la primera cita y un número bajo de citas subsecuentes favorece a la no detección temprana de las patologías obstétricas y fetales.
- 3.- Los datos fundamentales de la historia clínica prenatal como lo son los antecedentes patológicos, antecedentes obstétricos, signos vitales, peso y talla de la pacientes se encuentran por debajo del 80 % de las historias revisadas, con lo cual no se puede sentar una base firme para un control prenatal adecuado. Siendo el dato menos registrado la talla de la pacientes teniendo un importante valor para determinar la vía de resolución del embarazo.
- 4.- Dentro de las características generales encontradas podemos mencionar que las pacientes adolescentes que acudieron al control prenatal cursaban la adolescencia tardía, se encuentran en una situación social estable, es decir casadas o unidas, que en su mayoría son amas de casa, que cursaron los primeros años de la educación primaria y que provienen de un medio rural.

5.- Se puede determinar que el riesgo obstétrico si es determinado en las pacientes adolescentes que acudieron a control prenatal, siendo clasificadas en su mayoría como pacientes de alto riesgo obstétrico. Dentro de las patologías determinadas en las pacientes, se puede mencionar que las distocias fueron las más frecuentes seguidas de los trastornos hipertensivos como lo son la preeclampsia - eclampsia.

X. Recomendaciones

- 1.-** Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, realice campañas promoviendo la asistencia al control prenatal temprano
- 2.-** Que se elabore papelería en donde se puedan anotar todos los datos requeridos para un control prenatal. Que el personal de salud que evalúe a las pacientes sea capacitado en la misma, de tal manera que el evaluador no omita anotar ninguno de los datos, en el registro clínico creado.
- 3.-** Que el personal médico del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt realice charlas educativas con las adolescentes embarazadas, escuelas públicas e institutos para indicar la importancia de llevar un control prenatal adecuado.
- 4.-** Implementar en la papelería de control prenatal la tabla de riesgo obstétrico determinar respecto a puntaje el mismo.
- 5.-** Concientizar al personal de salud que el es parte fundamental para el éxito de la gestación al llevar un control prenatal de calidad.

XI. Resumen

Estudio ambospectivo-descriptivo realizado en el Hospital Nacional Pedro de Bethacourt, durante Noviembre del 2001 a Julio del 2002, para lo cual se revisaron 150 historias clínicas seleccionadas por medio de muestreo aleatorio simple sin reemplazo.

Se encontró que 85 % de las adolescentes que asistieron a su control prenatal se encontraba cursando la adolescencia tardía, que en su mayoría tienen una condición civil estable siendo casadas o unidas en su mayoría, que el 76 % de la pacientes son amas de casa, únicamente el 50 % de la pacientes adolescentes cursaron la educación primaria, siendo el 60 % de la pacientes del medio rural. De los registro revisados en menos de 80 % se encuentran registrados los datos fundamentales de la historia clínica prenatal, siendo el menos anotado la talla únicamente con el 21.33 %, los laboratorios fueron registrados en menos del 40 % de los expedientes, si se tiene buen registro del examen obstétrico prenatal, el control prenatal fue de mala calidad en el 91.33 % de los registros consultados, la edad gestacional más frecuente para el primer control prenatal fue la de 38 semanas, el número de visitas subsecuentes fue una cita posterior, se determino que el riesgo obstétrico alto se encontrabas el 72 % de las pacientes adolescentes embarazadas. Las patologías obstétricas más frecuentes fueron las distocias y los trastornos hipertensivos como preeclampsia y eclampsia.

Se recomienda al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, realice campañas de promoción del control prenatal, elaborar un expediente prenatal completo capacitar al personal de salud para su utilización y concientización del mismo del rol que tiene en el bienestar de la adolescente embarazada como del recién nacido que se espera obtener.

VI. Bibliografía

- 1.- Arias, Fernando; Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo; 2 da. Edición, Mosby Madrid, 1994.
- 2.- Alvarez Báez P; La morbi-mortalidad materna en tres hospitales de maternidad de la ciudad de la Habana; Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología; 1996, 12 (4) 463-8.
- 3.- Belizan J. M. ; Asistencia de embarazadas a la consulta prenatal en maternidades públicas de Rosario Argentina; Boletín Sanitario Panamericano; 2001, 86 (2) 121-30.
- 4.- Burrow, G; Complicaciones medicas durante el embarazo; 2 da. edición Panamericana; México 1990 pag 79-83.
- 5.- Cunningham F. Gary; et al. Williams Obstetricia, 4 ta. Edición, Masson España, 1996 pag 201.
- 6.- Cruz Yemi; Morbilidad en las gestantes menores de 17 años; Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología; 2000, 37 (10) 326-8.
- 7.- Conable, Barber B; Maternidad sin riesgo. Foro Mundial de la Salud; 1995 8 (2) 160-6.
- 8.- Chelala, Cesar ; La salud materna, un perenne desafío Washington D.C.

Organización Panamericana de la Salud; 1995, 35 Pag.

- 9.- Davis, S; Pregnacy in Adolescentes, Clinic's North America; Jun, 1999
36 (3) 665-60
 - 10.- Hernandez C; “ Conocimientos sobre el control Prenatal”, Tesis (Médico
y Cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de
Ciencias Medicas 1992.
 - 11.- Maida Angel; Embarazo y Adolescencia; Revista Ginecología y
Obstetricia de México; 2000, 50 (2) 150-59.
- 39
- 12.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Prenatal; Protocolo de atención
de alto riesgo obstétrico; Normas de Atención del MSPAS, 1997.
 - 13.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Prenatal; Manual de referencia
para la aplicación para la aplicación de las normas de atención, 1997.
 - 14.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Prenatal; Manual Control
Prenatal, Normas de Atención del MSPAS 1997.
 - 15.- Moerman, M: L; Growth of the birth canal in adolescent gilrs; American
Journal of Obstetrics an Gynecology 1998; 143 (5) : 528-532.
 - 16.- Silver Tomas; Munist Mabel; cols; Embarazo en la Adolescencia; Manual
de Medicina de la Adolescencia, OMS - OPS, Washigton D.C. EE. UU., 1992
Capitulo XXII.
 - 17.- Shaefer, S; Adolescent pregnancy loos. A school based program. Journa
Sch-Nurs. 1992 ; april 8 (2) : 6-8, 12-13,
 - 18.- Schwarz R; Control prenatal en atención prenatal y del parto de bajo
riesgo; Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano
CLAP-OPS-OMS, Montevideo Uruguay Julio 1994.
 - 19.- Pelaez Mendoza Jorge; Cesárea en la adolescente : morbilidad materna y
perinatal; Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 1996, 22 (1).
 - 20.- Vega Calderón Rodolfo; Obstetricia crítica en adolescentes; Revista de la
Federación Centroamericana de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología
1999, Vol. 2 No. 2 pag 29, 31.

XIII. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
Unidad de Tesis
Investigador: Erick Haroldo Maldonado Giron

**Evaluación del control prenatal en adolescentes en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt
 enero 2001 a enero 2002
 Instrumento para recolección de datos**

Registro clínico No. _____ Fecha: _____

1.-Edad Menor de 15 años _____
 de 15 a 19 años _____

2.-Estado civil: Soltera _____
 Casada _____

3.- Ocupación: Estudiante _____
 Trabajadora _____
 Ama de Casa _____
 Otros _____

4.- Educación: Alfabeta _____
 Primaria _____ Secundaria _____
 Diversificado _____
 Analfabeta _____

5.- Procedencia: Urbano _____ Rural _____

6.- Se encuentran registrados los siguientes datos fundamentales de la historia clínica prenatal:

a) Antecedentes patológicos	SI	NO
b) Antecedentes obstétricos	SI	NO
c) Signos vitales	SI	NO
d) Peso	SI	NO
e) Talla	SI	NO

42

7.- Se encuentran registrados los siguientes laboratorios mínimos del control prenatal

a) Hematología V. S.	SI	NO
b) Grupo sanguíneo	SI	NO
c) Orina	SI	NO
d) V.D.R.L.	SI	NO
e) Glicemia	SI	NO

8.- Se realizaron los siguientes parámetros del examen obstétrico durante el control prenatal:

a) Medición altura uterina	SI	NO
b) Maniobras de Leopold	SI	NO
c) Movimientos fetales	SI	NO
d) Frecuencia cardíaca fetal	SI	NO

9.- Edad gestacional en la cual se llevo a cabo el primer control prenatal:

No. de semana: _____

10.- Número de controles prenatales que se llevarán durante la gestación de la madre adolescente:

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

11.- Riesgo obstétrico determinado en la adolescente embarazada durante el control prenatal:

Bajo Riesgo _____

Alto Riesgo _____

Riesgo Severo _____

12.- Determinación de la calidad del control prenatal:

Mala calidad _____

Buena calidad _____

13.- Morbilidad detectada en el control prenatal a la paciente adolescente

embarazada:

- a) Infección del tracto urinario**
- b) Ruptura prematura de membranas ovulares**
- c) Trabajo de parto pretermino**
- d) Retardro del crecimiento intrauterino**
- e) Preeclampsia, eclampsia**
- f) Distocias**

