

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Medicas
Unidad de Tesis
2002

INFORME FINAL

Magda Patricia Obando Barraza
Carnet 9514235
Revisor: Julio Roberto Luarca Gil
Asesor: Jacques Herrarte Lara

***CONTROL PRENATAL Y CONTROL DE NIÑO SANO EN AREAS DE
CONSULTA EXTERNA***

*CLINICAS FAMILIARES (CLINICA BELEN, TREBOL, SANTA MARTA, VERBENA) Y EN
CLÍNICA PERIFERICA PRIMERO DE JULIO, JUNIO - JULIO DE 2002.
GUATEMALA*

INDICE

<i>I.</i>	<i>INTRODUCCION</i>	<i>1</i>
<i>II.</i>	<i>DEFINICION DEL PROBLEMA</i>	<i>2</i>
<i>III.</i>	<i>JUSTIFICACION</i>	<i>3</i>
<i>IV.</i>	<i>OBJETIVOS</i>	<i>4</i>
<i>V.</i>	<i>REVISION BIBLIOGRAFICA</i>	<i>5</i>
<i>VI.</i>	<i>METODOLOGIA</i>	<i>20</i>
<i>VII.</i>	<i>PRESENTACION DE RESULTADOS</i>	<i>25</i>
<i>VIII.</i>	<i>ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS</i>	<i>39</i>
<i>IX.</i>	<i>CONCLUSIONES</i>	<i>43</i>
<i>X.</i>	<i>RECOMENDACIONES</i>	<i>44</i>
<i>XI.</i>	<i>RESUMEN</i>	<i>45</i>
<i>XII.</i>	<i>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</i>	<i>46</i>
<i>XIII.</i>	<i>ANEXOS</i>	<i>49</i>

I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala contempla dentro de los programas específicos para enfrentar los problemas prioritarios el Control Prenatal y Control de Niño Sano. Se ha propuesto dentro de sus estrategias llevar los servicios de salud a la población en general, principalmente a la población materno infantil que es la que se encuentra más susceptible a la morbi-mortalidad. Las estadísticas muestran que tanto los niños como las madres se enferman y mueren por enfermedades que se pueden prevenir. Un gran número de mujeres embarazadas no demanda los servicios de salud durante la gestación y durante el crecimiento de su hijo ya sea por falta de información, de tiempo, por no conocer sus derechos o por simplemente no desear tener contacto con los prestadores de salud. Por otro lado existe la idea de que con una visita en los últimos días del embarazo es más que suficiente.

Durante el presente trabajo de investigación se realizaron 468 entrevistas a madres que acudieron a áreas de consulta externa (Clínica Belén, Santa Marta, Trébol, Verbena y Clínica periférica primero de julio) con sus hijos de uno a cinco años de edad durante los meses de junio y julio del presente año. Se utilizó una boleta para la recolección de los datos con el fin de clasificar si la madre había llevado un control prenatal y si a su hijo lo llevo a control de niño sano, ambos programas debieron de ser completos (con un mínimo de 5 consultas cada uno). El objetivo principal fue establecer si existió una asociación entre estos dos programas (control de niño sano y control prenatal).

Los resultados obtenidos por medio de la fórmula de Chi Cuadrado evidencian que los programas de control de niño sano y control prenatal están asociados, que el control de niño sano depende del control prenatal.

Únicamente un 36% de la población entrevistada asistió al control prenatal y control de niño sano completo. Por otra parte un 28 % de la población no cumplió con los controles completos. Los resultados evidencian la enorme necesidad de apoyar y promocionar el control prenatal y el control de niño sano, ya que ambos programas pueden modificar de manera oportuna factores de riesgo que contribuyen a la morbi-mortalidad tanto materna como infantil

II. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Los niños son parte vital de la sociedad y representan el futuro de la misma, y como tales deben de ser la prioridad en todo momento. Por lo que se ha creado el programa de niño sano. (2,12) Este programa tiene como propósito proteger los derechos del niño y que este pueda desarrollar cabalmente su potencial cognoscitivo, emocional, social y físico. Este enfoque promueve y protege los derechos de los niños de corta edad a la supervivencia, al crecimiento y al desarrollo. (8,22,23)

El mejor periodo para el inicio del control de niño sano es desde la consulta prenatal, este es el momento más oportuno para iniciar la orientación preventiva.(22) La atención prenatal tiene como objetivos el cuidado de la salud de la madre y el niño por nacer, y tiene como meta obtener un niño sano.(4,5,10) Se presume que todas las madres que llevaron control prenatal debieron de llevar a sus hijos al control de niño sano, ya que durante este periodo de gestación, el personal de salud que brindo el control prenatal debió de haber promocionado con la madre este programa, informándole sobre el propósito y los beneficios de mismo. La interrogación que surge con lo anterior es ¿cuantas de las madres que asisten a la los centros asistenciales realmente tienen la posibilidad de utilizar ambos programas?

Con este trabajo se estableció la existencia de una asociación entre los programas de control de niño sano y control prenatal, se estableció que porcentaje de madres tuvieron la oportunidad de asistir al programa de niño sano, después de haber recibido atención prenatal. Y en caso de no haber recibido los beneficios del control prenatal cuantas acudieron para la atención del niño.

Ambos programas son de suma importancia para la comunidad en general, y con ellos se pretende garantizar la atención en salud en la población de niños menores de 5 años y en mujeres embarazadas, ya que esta población es la más susceptible desde el punto de vista de morbi-mortalidad.

El Ministerio de Salud Publica tiene ante el un gran desafío, no solo el de mejorar la calidad de la atención publica, sino, además, el de tomar medidas que den respuesta a las necesidades biológicas, psicológicas y sociales tanto del niño como de la mujer. (3)

II. JUSTIFICACION

En Latinoamérica se aprecian una serie de cambios sociodemográficos que afectan la vida de los niños, estos cambios se observan en la estructura familiar en la cuál la mujer representa un papel de suma importancia. La proporción de hogares cuya cabeza de familia es una mujer soltera está aumentando cada día. Además, de situaciones como la migración de la población rural hacia el área urbana, la baja cobertura de los servicios, la mala asignación de los recursos, y el bajo nivel de inversión de salud preventiva, (incluyendo en este los programas básicos, en especial *el control prenatal y control de niño sano*), estas circunstancias implican necesidades no cubiertas y por lo tanto de grave riesgo para los niños y las madres de estos hogares, y con esto hace más difícil el poder llevar a cabo una atención en salud que sea apropiada a las necesidades de la población. (23)

Los esfuerzos realizados hasta la fecha en materia de salud han sido insuficientes y poco efectivos para la población Guatemalteca, ya que aún no cuenta con los servicios y condiciones adecuadas para lograr una mejor atención en salud. Los niños crecen en condiciones que no les permiten desarrollar adecuadamente sus capacidades físicas y psicológicas debido a la desnutrición y a las enfermedades que padecen durante la niñez, siendo muchas de ellas prevenibles. El programa de control de niño sano no se le ha dado el lugar que amerita por el personal de salud debido a que las acciones de salud se concentran más en la medicina curativa que en la medicina preventiva, aunque el Ministerio de Salud Pública contemple dentro de sus políticas de salud, que esta debe de ser integral a todos los grupos familiares, con mayor énfasis a la atención integral de la mujer y del niño, contando con los programas específicos de control de niño sano y control prenatal. El ministerio de salud deberá de fortalecer sus políticas para lograr una mejor calidad de atención y promoción en salud, asimismo deberá educar a la población para que esta sea responsable en el cuidado de su salud y que aproveche al máximo los programas que se le proporcionan.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Asociar el control prenatal y el control de niño sano en áreas de consulta externa (Clínica Belén, Trébol, Santa Marta, Verbena y Periférica Primero de Julio)

OBJETIVO ESPECIFICO:

Identificar si las madres que llevaron control prenatal tuvieron acceso al programa de control de niño sano, y sus características generales como edad, estado civil, ocupación, paridad y escolaridad de las madres que asisten con sus hijos a la consulta externa de las Clínicas Familiares y Clínica periférica primero de julio que llevaron control prenatal y/o control de niño sano

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. IMPORTANCIA DE LA ATENCION DEL NIÑO SANO:

Los niños son parte vital de la sociedad y representan el futuro de la misma. Son los futuros padres, trabajadores, ciudadanos y proveedores de servicios. La forma como la sociedad trata a sus niños da el marco referencial de recursos para la infancia, y la extensión en que los escucha y atiende representa los valores sociales claves de esa sociedad. (23)

La atención integral en los servicios de salud implica una serie de esfuerzos organizados que den respuesta a las necesidades biológicas, psicológicas y sociales del niño (3)

Cada año, más de 90% de los niños en el mundo nacen en los países en vías de desarrollo. Cada día mueren 35,000 niños por problemas frecuentes y evitables. La salud y la enfermedad de estos niños son el resultado final de un complejo de factores dinámicos y ambientales, sociales, políticos y económicos. (15)

En Latinoamérica se aprecian una serie de cambios sociodemográficos que afectan la vida de los niños, la proporción de personas viviendo en la pobreza subió de 41% a 43%, lo que en cifras corresponde a un aumento de 136 millones a 170 millones (Cepal 1993). Además, se aprecian cambios en la estructura familiar. La proporción de hogares cuya cabeza de familia es una mujer soltera está aumentando correspondiendo a un 20% en la región (1995). De igual forma la proporción de mujeres que trabaja fuera del hogar se ha incrementado, conllevando largas horas de trabajo en actividades informales y de servicios mal pagados. La migración de la población rural ha aumentado estableciendo problemas de vivienda y de servicios básicos severos en los sectores marginales. Todas estas circunstancias implican necesidades no cubiertas y por lo tanto grave riesgo para los niños de esos hogares. (23)

El sector salud en Guatemala está conformado por instituciones del sector público y privado, organizaciones no gubernamentales y un amplio y significativo sector de medicina comunitaria tradicional, sobreviviente de la cultura maya. Solamente el 34% de la población guatemalteca tiene acceso a los servicios de salud. (14,20)

A pesar de los esfuerzos realizados hasta la fecha en materia de salud, estos han sido insuficientes y poco efectivos. La población guatemalteca aún no cuenta con los servicios y condiciones adecuadas para lograr un mejor estado de salud. Los niños crecen en condiciones que no les permiten desarrollar adecuadamente sus capacidades físicas y psicológicas debido a la desnutrición y a las enfermedades que padecen durante la niñez. (14)

B. CONTROL DEL NIÑO SANO

Este programa protege a los niños menores de 5 años cuyo objetivo es el de detectar riesgos y enfermedades comprende, además, la aplicación de vacunas, el de vigilar el crecimiento y desarrollo físico y psicomotor y de apoyar con consejos nutricionales (2). Las revisiones deben de ser periódicas, además, la consulta no debe de consistir sólo en pesar y medir al niño sino que también debe de revisarse exhaustivamente para detectar cualquier anomalía que el pequeño pudiera presentar, de igual forma de procurar resolver todas las dudas que puedan surgirle a los padres acerca de la salud del niño. (12)

Para brindar una mejor atención, él medico esta obligado a aprender a comunicarse eficaz y efectivamente. Los tipos de intervención que este utilice de comunicación varían desde el mejoramiento de las habilidades directas de conversación con los progenitores y el niño. (22)

Es habitual que en nuestro medio sea conocida la conveniencia de vacunar y que los padres acudan con sus hijos sólo en los contactos vacúnales. Posiblemente la información sobre el objetivo y metas del programa de niño sano, sensibilice a los familiares sobre los beneficios del mismo. (13)

Algunos comentarios muy habituales tras la exploración puede trivializar la imagen de la actividad realizada como por ejemplo: "perfecto, está muy bien

el niño", y esto no ayuda a valorar suficientemente la intervención. Muchas familias no acuden si no tienen clara la trascendencia u objetivo del control por lo que es necesario una explicación sobre los objetivos del programa, cuando la oportunidad aparezca (13).

El propósito del programa de control de niño sano es que este pueda desarrollar cabalmente su potencial cognoscitivo, emocional, social y físico(10). Este enfoque promueve y protege los derechos de los niños de corta edad a la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo. (8) La característica fundamental del niño es la de ser un individuo en crecimiento(11), este ser no crece y se desarrolla en el vacío, sino en una comunidad, una cultura y un país. (8)

1. EVALUACION DEL NIÑO SANO

En la actualidad, la AAP (American Academy of pediatrics) recomienda que durante el primer año de vida se haga la primera consulta entre las dos y cuatro semanas de edad, y luego a los dos, cuatro, seis, nueve, doce meses, quince meses, dieciocho meses, y veinticuatro meses, con carácter anual entre los 3 y 6 años y cada 2 años apartir de entonces (2,12,13,15,22), dicha organización publico pautas en que delinea los aspectos clave que deben formar parte de cada consulta. Además, incluyen la consulta prenatal como el momento oportuno para iniciar la orientación preventiva. (22)

En todas las visitas del niño sano hay que establecer las metas del desarrollo, se deben valorar los hitos de desarrollo motor grosero, personal-social, de lenguaje y movimiento adaptativo fino, se deberá revisar la alimentación y dieta del niño, además, se revisara la prevención de los accidentes, descartando los posibles peligros del hogar y la importancia de la seguridad vial(1), en cada visita se medirá la talla, el peso, y el perímetro cefálico. Las medidas se recogen en una gráfica, como la proporcionada por el national center for health statistics (*véase gráfica I en anexos*)

Si se encuentra algún retraso del ritmo de crecimiento, la evaluación clínica podrá orientarse hacia sus posibles causas. Al interpretar estos datos, sé deberá central en lo que es normal para este paciente, en función de sus antecedentes familiares. Por lo anterior es de mucha importancia que en la visita inicial del niño sano, es preciso registrar en su historia clínica los datos correspondientes a los antecedentes familiares y a la historia prenatal y perinatal. En cada visita posterior, se registrara las vacunaciones. (15)

Además, el programa de Control de niño sano incluye:

- **Control de salud del niño en riesgo de desnutrición:**
Se realiza a niños que durante los controles se ha determinado un peso menor al esperado o que tengan riesgo ya sea por un peso bajo al nacer o de pretérmino o prematuro. Esta evaluación se realiza según las tablas de crecimiento y desarrollo, para educar nutricionalmente. (2)
- **Control de salud del niño desnutrido:**
Está destinado a los niños que tienen un peso muy bajo comparado con el peso normal que debería tener. (2)

2. FICHA DE CRECIMIENTO DE LA OMS:

En 1972 la OMS realizó una consulta sobre fichas de crecimiento. De acuerdo con las recomendaciones de los participantes, la OMS preparó un modelo de ficha de crecimiento que pudiera satisfacer las condiciones establecidas, esta fue sometida a la evaluación y observación de todos los participantes y del personal de las oficinas regionales con las sugerencias recibidas se modificó la ficha y se distribuyó para su uso. Su uso habitual demostró que era efectivo como instrumento de observación del crecimiento y como elemento de vigilancia de los cuidados de salud por el personal del nivel local. (16)

El contenido de la ficha se refiere específicamente al procedimiento de la vigilancia del peso y a los cuidados pertinentes y se ha ordenado de manera que las madres y los trabajadores de servicio de salud lo comprendan fácilmente. (16).

Beneficios de la evaluación del crecimiento del niño:

- La ficha posee información sobre la tendencia de la curva de crecimiento en relación con un patrón de referencia
- La utilización de los servicios para los cuidados preventivos (por ejemplo las inmunizaciones)
- El uso de los servicios de salud
- La provisión de tratamientos
- Los antecedentes familiares

- Se obtiene así un cuadro integral que permite la visualización y cuidado adecuados y una atención especializada a aquellos niños que presentan problemas específicos
- La ficha también identifica a los niños en situación de riesgo, de manera tal que pueda llevarse a cabo un esfuerzo extra
- Sirve como método para ayudar a las familias a comprender como la dieta y las medidas preventivas de salud afectan la salud del niño, así como motivarlas para introducir modificaciones en la alimentación y otros cambios si fueran necesarios.
- La ficha provee una guía para los trabajadores de salud para diferenciar un crecimiento normal de uno anormal.
- A un nivel más amplio la ficha provee datos confiables para evaluar intervenciones específicas en el ámbito de la comunidad o de la región. Su análisis puede proveer indicadores para la realización de diagnósticos en el ámbito comunitario, por ejemplo el grado de desnutrición en la población infantil.
- La ejecución del programa de intervención tendientes a favorecer el crecimiento de una población se traduce en el mejoramiento de las condiciones de vida y desarrollo de la región o país ⁽¹⁶⁾.

3. DESARROLLO DEL NIÑO:

El niño es un individuo en proceso de crecimiento y desarrollo. Desde que nace, no es un ser pasivo impulsado a la acción tan solo por estímulos del exterior. Por el contrario, es activo y su comportamiento esta organizado: siente y se expresa de diferentes maneras de acuerdo con su edad y sus características individuales. ^(15,16,21)

El desarrollo es un proceso integral, dinámico, continuo, y ordenado en sucesión de etapas o fases no arbitrarias o accidentales, cada fase es un soporte de la estructura posterior y se caracteriza por una organización basada en los niveles anteriores, pero cualitativamente original respecto de ellas. No existe una correlación exacta entre la aparición de cada etapa y la edad cronológica, ya que el ritmo e intensidad de las funciones son propios de cada individuo ⁽¹⁶⁾.

En los años recientes se ha avanzado en forma importante en la teoría del Desarrollo Humano. Sabemos que hay razones de orden biológico, social, económico y político convincentes que justifican invertir en el cuidado de la primera infancia (Myers, 1991). Las investigaciones sobre el desarrollo han demostrado que los primeros años de vida son críticos para el desarrollo de la inteligencia, el lenguaje, el comportamiento social y la personalidad. (23)

4. EVALUACION DEL DESARROLLO DEL NIÑO:

La identificación de los logros alcanzados por el niño en cada una de las etapas de su desarrollo constituye la base de su evaluación. Con sentido práctico, se ha sistematizado el desarrollo en etapas claves, a fin de que el personal del equipo de salud pueda efectuar fácilmente esta evaluación. (15,16,21)

Cuando el niño alcanza un logro en una conducta determinada significa que se ha cumplido anteriormente una serie de etapas en las cuales se apoya esta nueva adquisición. Se toma como límite de riesgo el percentil 90, es decir, a las edades en que los diferentes logros están presentes en el 90 % de los niños. La falta de determinado logro significa la posibilidad de riesgo elevado de retraso y no diagnóstico de éste. La detección precoz de alteraciones del desarrollo permite intentar un tratamiento adecuado. La pérdida de esta oportunidad frecuentemente única y breve, hace más difícil compensar este déficit que ha de influir como un elemento negativo en el potencial futuro de ese niño y sus probabilidades. (16,21)

El desarrollo del niño es un proceso complejo y dinámico cuya evaluación se beneficia de observaciones seriadas, lo que constituye el denominado diagnóstico evolutivo. El conocimiento de los patrones de desarrollo nos permite conocer:

- Qué esperar del niño
- Cuándo esperarlo
- A qué edades los diferentes logros del comportamiento evolucionarán a conductas más complejas. (16)

La escala selectiva para la evaluación del desarrollo del niño (instrumento elaborado por el equipo técnico del departamento de salud mental, ministerio de salud, costa rica 1984) consta de ciento quince conductas que han sido seleccionadas de la escala completa para la evaluación del desarrollo integral del niño (*escala de EDIN*), este instrumento fue elaborado

basándose en una muestra de 919 niños costarricenses sanos. En esta escala se encuentran representados niños normales de todas las edades, sexos, procedencia y nivel socioeconómico con los cuales se pueden comparar otros pequeños cuyo nivel de desarrollo se desea conocer (*ver anexo II*) (16,21)

C. CONTROL PRENATAL

El Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.

(10)

En otras palabras se podría definir al control prenatal como el cuidado de la salud de la madre y el niño por nacer, y tiene como finalidad obtener un niño sano, nacido en término (a los nueve meses), de peso normal y que la madre se encuentre sana y en condiciones de criar a su niño. El inicio del control prenatal debe ser precoz, es decir, que la primera consulta al médico debe hacerse durante el primer trimestre de embarazo (4,5,10). Debe de ser periódico, completo (mínimo 5 controles), además, debe de ser eficaz y eficiente (6,11). Esto significa que la cobertura debe ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor. (6)

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbilidad 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. (5,6)

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, especialmente antecedentes de recién nacidos de bajo peso, macrosomía, mortalidad perinatal, malformaciones congénitas, etc. (6,10).

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. (6)

En la primer consulta se efectuará un examen clínico y ginecológico completo que incluirá un examen mamario. Se solicitará una serie de estudios de laboratorio con determinación del grupo sanguíneo y Rh. También se efectuará un estudio del cuello uterino con Papanicolau. Se realizará, además, un control odontológico y el eventual tratamiento de caries o infecciones dentarías. (10)

Posteriormente, en cada control prenatal, se hará la evaluación nutricional según índice peso/talla, control de presión arterial, y examen físico según síntomas maternos. (6,10)

La consulta prenatal suele ser el momento oportuno para iniciar la orientación preventiva. Cuando se comenta el embarazo, es importante averiguar como se siente la pareja respecto de la gestación misma y el niño que viene. Esta información resulta útil para posteriores sesiones centradas en los cuidados del niño. (22)

1. LOS OBJETIVOS GENERALES DEL CONTROL PRENATAL SON:

- Identificar factores de riesgo
- Diagnosticar la edad gestacional
- Diagnosticar la condición fetal
- Diagnosticar la condición materna
- Educar a la madre (6).

a) IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO

Factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos. (6)

Desde el punto de vista perinatal los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbilidad son la prematuridad, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que las estrategias del control prenatal

estén orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas anteriormente enunciados ⁽⁶⁾

b) DIAGNOSTICO 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. Para que estos elementos tengan importancia en su utilidad práctica, el control prenatal debe ser precoz, para evitar el olvido de información por parte de la embarazada, y, porque la relación volumen uterino/edad gestacional es adecuada, siempre que el examen obstétrico se efectúe antes del quinto mes. ⁽⁶⁾

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) ⁽⁶⁾

c) DIAGNOSTICO DE LA CONDICION FETAL

Los elementos clínicos que permiten evaluar la condición fetal son:

- latidos cardíacos fetales
- movimientos fetales
- tamaño uterino
- estimación clínica del volumen de líquido amniótico ⁽⁶⁾

i) Latidos cardíacos fetales:

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. ⁽⁶⁾

ii) Movimientos fetales:

La percepción materna de los movimientos fetales ocurre entre las 18 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 (6)

iii) Tamaño uterino:

Desde las 12 semanas de amenorrea el fondo uterino se localiza sobre la sínfisis pubiana y puede ser medido en su eje longitudinal, desde el borde superior de la sínfisis pubiana hasta el fondo uterino. (6)

iv) 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. Este hallazgo debe ser siempre confirmado con ultrasonografía. 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 polihidramnios se sospecha cuando hay una altura uterina aumentada con palpación dificultosa de las partes fetales. Debe ser siempre confirmado con un examen ultrasonográfico(6)

2. VACUNAS DURANTE EL EMBARAZO

Durante el embarazo se aplican dos dosis de vacunación antitetánica, con un intervalo de dos meses entre ellas habitualmente se administra la primer dosis al quinto mes y la segunda al séptimo (10)

3. PERIODICIDAD DEL CONTROL PRENATAL

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.

En embarazos sin factores de riesgo, la frecuencia de los controles debe racionalizarse con relación a la magnitud de la población obstétrica y los recursos humanos destinados para su control. (6)

Característicamente, los controles prenatales se efectúan cada cuatro semanas en el primer y segundo trimestre de la gestación. En el tercer trimestre (desde las 28 semanas), los controles son progresivamente más frecuentes hasta ser cada siete días desde las 36 semanas hasta el término de la gestación. 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.) (6)

Durante el embarazo los trabajadores de la salud deberían: educar a la mujer sobre cómo mantenerse saludable durante el embarazo; ayudar a la mujer y su familia a prepararse para el parto; concientizarlos sobre las posibles complicaciones del embarazo y cómo reconocerlas y tratarlas.

Los trabajadores de la salud también deberían identificar y tratar las complicaciones de manera oportuna y mejorar la salud reproductiva de la mujer a través de medidas de prevención (suplemento de hierro, vacuna contra el tétanos) y por medio del diagnóstico y tratamiento de los problemas existentes (tales como las enfermedades de transmisión sexual) además de lo anterior esta es la mejor oportunidad para dar información básica sobre objetivos y procedimientos del Programa del control de Niño Sano^(9,13,22).

4. FACTORES QUE INFLUYEN EN QUE LAS MUJERES NO RECIBAN LA ATENCIÓN EN SALUD NECESARIA

Entre los factores que impiden que las mujeres de los países en desarrollo reciban la atención vital que su salud necesita se encuentran:

- La distancia a los servicios de salud.

- El costo: Para millones de mujeres no es factible usar los servicios de salud materna, aun cuando las tarifas sean bajas o el servicio sea gratis, ya que existen otros gastos no previstos, tales como el transporte, medicamentos, comida y hospedaje para la mujer o los parientes que la acompañan.(17,19)
- Demanda excesiva del tiempo de la mujer.
- Falta de poder de decisión de la mujer dentro de la familia. En muchas partes del mundo el poder de decisión de la mujer es limitado, aun en los asuntos directamente relacionados con su propia salud. (17,18,19)
- El acceso limitado a información y nuevas ideas: En muchas comunidades no se considera que el embarazo requiera cuidado especial, por lo que las mujeres no se dan cuenta de los signos de peligro durante el embarazo. Aún cuando sienten dolores o sufren, puede que se les haya enseñado que esto es inevitable y por ello no acuden en busca de atención médica. (18).
- La baja calidad de estos servicios, la escasez de equipos, incluyendo un trato deficiente por parte de los proveedores de la salud, hace que algunas mujeres sean renuentes a utilizar dichos servicios. (17,19).
- Falta de información: Por lo general, las mujeres y los miembros de la comunidad no saben reconocer, prevenir o tratar las complicaciones del embarazo o no saben cuándo ni adonde acudir en busca de ayuda médica (19).
- Preferencias culturales: Los servicios de salud regulares pueden estar en conflicto con las ideas de lo que es considerado normal y aceptable, incluyendo preferencias de privacidad, modestia y que los asistentes de salud sean mujeres (19)
- El trato por parte de los trabajadores de la salud: descortez, poco comprensivos y afectuosos, por lo que las mujeres prefieren usar los servicios de parteras tradicionales y curanderos.(19)
- Otros factores incluyen:la falta de privacidad, las malas condiciones en que se mantienen las unidades de salud, la inconveniencia del horario en que se

ofrecen los servicios y las restricciones sobre quién puede quedarse con la mujer en la unidad de salud (19)

5. Atención de los niños = atención de la mujer

Hacer hincapié en la atención de los lactantes y los niños de corta edad significa atender también a las mujeres, cuyo estado físico y emocional influye sobre sus embarazos y sobre el desarrollo de sus hijos más pequeños. Se ha determinado que la deficiente atención prenatal y la desnutrición de las madres redundan en un bajo peso al nacer, la aparición de problemas de la audición, de dificultades en el aprendizaje y de casos de espina bífida y deterioro cerebral en los niños(19). Cuando los hijos de madres con peso insuficiente llegan a la edad adulta, tienen mayores probabilidades de padecer algunas enfermedades y trastornos, entre ellos diabetes, enfermedades cardiovasculares y obesidad (7)

Algunas causas de mortalidad y muchas de morbilidad son susceptibles de prevención primaria o secundaria, esta prevención se llevara acabo educando a la comunidad y la mejor forma es desde el inicio de la vida teniendo un adecuado control prenatal, fomentando desde ese momento el control de niño sano. (13)

En 1990, la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia reconoció la importancia para los niños de la salud de sus madres, cuando exhortó a reducir a la mitad la tasa de la mortalidad derivada de la maternidad hacia el año 2000. (7)

Los beneficios para la mujer son beneficios para el niño. Si el mundo no respeta los derechos de la mujer, no podrá asumir sus responsabilidades para con todos los niños. Hay dos cuestiones en que los derechos de la mujer afectan directamente a los niños: salud y educación. (7)

D. PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR *

La Facultad de ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, tiene como misión principal, el formar recursos humanos en salud comprometidos con la sociedad guatemalteca. Integra docencia y servicios a la comunidad, proyectándose a través de las clínicas del programa de medicina familiar, en donde el estudiante de cuarto año de la carrera, realiza actividades teorico-practicas que le permiten concientizarse y conocer vivencialmente la problemática de salud de la comunidad. Para la realización de dicha practica se cuenta con 10 clínicas de medicina familiar en las que se encuentran:

CLÍNICA BELEN: Colonia Belén, Mixco, zona 7.

CLÍNICA SANTA MARTA: Colonia Sta. Marta, Mixco, zona 5.

CLÍNICA TREBOL: zona 3.

CLÍNICA VERBENA: Colonia verbena, zona 7.

Estas clínicas proporcionan servicios a través de la atención de pacientes que acuden por demanda espontanea o por búsqueda activa, debiendo aplicarse los criterios de atención integral, manejo abarcativo y totalitario del paciente, el enfoque de riesgo, la búsqueda del proceso salud-enfermedad y el enfoque multifactorial de las enfermedades. A nivel comunitario se desarrollan programas de prevención (*control prenatal, control de niño sano, etc.*) y otros programas que se realizan de acuerdo a las necesidades de cada clínica

E. CLÍNICA PERIFERICA PRIMERO DE JULIO: **

Ubicada en la colonia primero de julio zona 19 al noroeste de Mixco, la inauguración fue hecha en el año 1992, por lo que fue incluido dentro de la categoría de centro de salud tipo “A”, el cual cuenta con el equipo necesario para servicios múltiples como lo son: La atención de enfermedad común, *control de niño sano, control prenatal*, clínica odontológica, Servicios de emergencia básica y de cirugía ambulatoria, laboratorio cuenta, además, con

* Información proporcionada por la Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Medicas, Programa de Medicina Familiar, cuarto año, 2001

** Información proporcionada por la clínica periférica

una clínica de psicología, Esta clínica periférica trabaja en conjunto con la cantonal de la Zona 19 que se encuentra a un costado de la misma, aunque son instituciones separadas, trabajan apoyándose mutuamente.

La clínica proporciona la atención del control prenatal, con el apoyo de los residentes de obstetricia de la cantonal.

El objetivo primordial de esta clínica periférica es una atención integral para brindar un mejor servicio a la comunidad.

VI. METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO:

Retrospectivo, descriptivo

B. POBLACION EN ESTUDIO:

468 Madres que asistieron a consulta externa con sus hijos de uno a cinco años de edad. En las instituciones siguientes clínica Belén, clínica Trébol, clínica Santa Marta, clínica Verbena y en la clínica periférica Primero de Julio, en el periodo de junio-julio de 2002.

C. MUESTRA: Según formula estadística siguiente:

$$n: \frac{Npq}{N-1 \frac{(LE)^2}{4} + pq}$$

N = universo

p = 0.5 de probabilidad de ocurrencia del evento.

q = 0.5 de probabilidad de no ocurrencia del evento.

LE: limite de error de estimación 5%

Nivel de confianza deseado es 95%

Clínica Belén	n: 133
Clínica Santa Marta	n: 66
Clínica Trébol	n: 47
Clínica Verbena	n: 58
Clínica periférica primero de Julio	<u>n: 164</u>
<i>TOTAL DE LA MUESTRA</i>	n: 468

Muestra: 468 madres de asistieron a la consulta externa con sus hijos de uno a cinco años, en las entidades ya mencionadas.

D. CRITERIOS DE INCLUSION:

- * Madres que llevaron a sus hijos a la consulta externa de las clínicas familiares y Clínica periférica Primero de julio
- * Niños de uno a cinco años de edad

E. CRITERIOS DE EXCLUSION:

- * Madres que rehusaron a la entrevista

F. VARIABLES

<i>VARIABLE</i>	<i>DEFINICION CONCEPTUAL</i>	<i>DEFINICION OPERACIONAL</i>	<i>TIPO DE VARIABLE</i>	<i>UNIDAD DE MEDICION</i>
Asociación estadística	Grado de probabilidad que tiene un determinado evento de estar acompañado por o asociado a una cierta característica	Según resultados de la boleta que se les aplicó a las madres encuestadas.	Numérica	Según formula estadística $X^2 = \frac{(ad-bc)^2 N}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}$
Características generales	Atributos o cualidades que distinguen a un grupo de personas de sus semejantes <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Ocupación - Escolaridad - Estado civil - Etnia - Religión - Procedencia 	Respuesta referida por la madre mediante boleta de recolección de datos	Numérica Nominal Nominal Nominal Nominal Nominal Nominal	Respuestas de la madre en la boleta de recolección de datos en el inciso A, de la pregunta 1-7

<i>VARIABLE</i>	<i>DEFINICION CONCEPTUAL</i>	<i>DEFINICION OPERACIONAL</i>	<i>TIPO DE VARIABLE</i>	<i>UNIDAD DE MEDICION</i>
Control prenatal completo	Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la vigilancia materna fetal, debiendo tener como mínimo 5 controles para que sea completo	Respuesta de la madre mediante la boleta de recolección de datos.	Nominal	Respuestas de la madre en la boleta de recolección de datos en el inciso B, de la pregunta 8 –11
Antecedentes gineco-obtetricos	<p>Circunstancias anteriores referentes a la vida reproductiva de la madre y de sus anteriores embarazos</p> <ul style="list-style-type: none"> - No. Gestas - No. Partos - No. de hijos vivos - Lugar que ocupa en orden de nacimientos el niño que asiste a la consulta 	Respuestas referidas por la madre en la boleta de recolección de datos.	<p>Numérico</p> <p>Numérico</p> <p>Numérico</p> <p>Numérico</p> <p>Ordinal</p>	Respuestas de la madre en la boleta de recolección de datos en el inciso C, de la pregunta 12-15
Control de niño sano	Revisión periódica de los niños menores de 5 años, cuyo objetivo es detectar y prevenir enfermedades, fomentar la capacidad, cognoscitiva, social y emocional, además de dar consejos nutricionales, debiendo de tener como mínimo 5 consultas en el primer año de vida.	Respuestas referidas por la madre en la boleta de recolección de datos.	Nominal	Respuestas de la madre en la boleta de recolección de datos en el inciso D, de la pregunta 17 –19

G. INSTRUMENTO DE ESTUDIO Y PRESENTACION DE RESULTADOS

Se utilizó una boleta de recolección de datos (ver anexo) la cual se aplicó a las madres entrevistadas que asistieron a las clínicas familiares (clínica Belén, Trébol, Santa Marta, Verbena) y en la Clínica Periférica Primero de Julio, y que llenaron los criterios de inclusión y que no ameritaron la exclusión. La recolección de la información se realizó de lunes a viernes para cada institución hasta completar el total de la muestra en dicha institución, realizándose de la misma manera en cada una de las entidades anteriormente mencionadas.

H. PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE RESULTADOS

Se procedió a tabular los datos y se realizó una tabla de contingencia de 2 por 2:

		CONTROL DE NIÑO SANO		
		Presente	Ausente	
CONTROL PRENATAL	Presente	a	b	a+b
	Ausente	c	d	c+d
		a+c	b+d	N

Se aplicó la siguiente fórmula para el cálculo X^2 con un nivel de significancia del 0.05 = 3.84 con un grado de libertad

$$X^2 = \frac{(ad-bc)^2 N}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}$$

I. CONSIDERACIONES ETICAS:

Haciendo uso del consentimiento informado se les explicó a las madres sobre el estudio y se les solicitó su participación voluntaria a la entrevista, haciéndoles saber que toda la información es de uso confidencial.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

TABLA 1

CONTROL DE NIÑO SANO

		<i>PRESENTE</i>	<i>AUSENTE</i>	
<i>CONTROL PRENATAL</i>	<i>PRESENTE</i>	168 a	120 b	288
	<i>AUSENTE</i>	51 c	129 d	180
		219	249	468

$$X^2 = \frac{(ad-bc)^2 N}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}$$

$$X^2 = \frac{(297-171)^2 468}{(288)(180)(219)(249)}$$

$$X^2 = 40$$

Se compara con los valores tabulados de X^2 , con un nivel de significancia de 5%, el valor crítico de 3.841 con un grado de libertad. Se concluye que X^2 es superior a la del nivel de significancia. Por lo que considera que el control de niño sano esta asociado con el control prenatal.

CUADRO 1

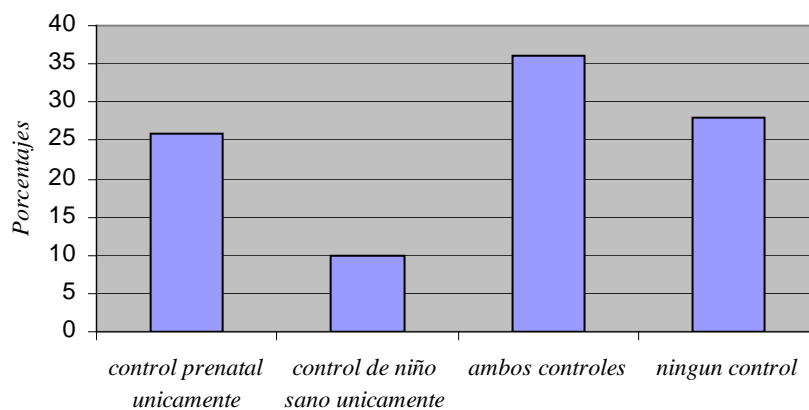
Distribución de madres entrevistadas en áreas de consulta externa en relación con el uso de los programas de control prenatal y control de niño sano, durante el mes de junio y julio de 2002

CLINICA	Control prenatal completo/No control de crecimiento y desarrollo		Control de niño sano completo/No control prenatal		No control prenatal/No control de niño sano		Si control prenatal /Si control de niño sano		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Belén	36	27%	13	10%	40	30%	44	33%	133	100%
Santa Marta	10	15%	7	11%	21	32%	28	42%	66	100%
Verbena	14	24%	7	12%	19	33%	18	31%	58	100%
Trébol	6	13%	8	17%	12	25%	21	45%	47	100%
Clínica Periférica Primero de Julio	54	32%	16	10%	37	23%	57	35%	164	100%
TOTAL	120	26%	51	10%	129	28%	168	36%	468	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos

GRAFICA 1

Porcentaje de madres entrevistadas con relación al uso o no de los programas de control prenatal y control de niño sano



Fuente: cuadro 1

CUADRO 2

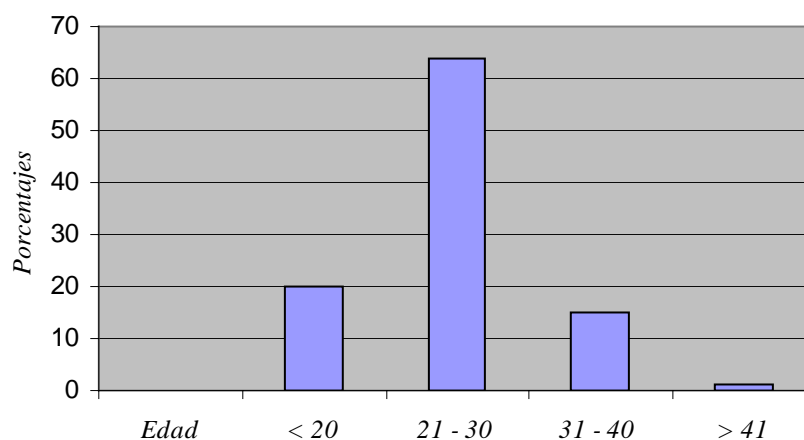
Distribución por edad de las madres entrevistadas que acudieron a la consulta externa en relación al uso de los programas prenatal y control de niño sano en el periodo comprendido de junio-julio de 2002

EDAD DE LA MADRE	Control prenatal completo/No control de crecimiento y desarrollo		Control de niño sano completo/No control prenatal		No control prenatal/No control de niño sano		Si control prenatal /Si control de niño sano		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
<20	26	28%	13	14%	28	30%	25	27%	92	20%
21-30	76	26%	31	10%	83	28%	108	36%	298	64%
31-40	15	21%	7	47%	16	22%	34	47%	72	15%
>41	3	50%	0	0%	2	33%	1	17%	6	1%
Total	120	26%	51	10%	129	28%	168	36%	468	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos

GRAFICA 2

Edad de las madres entrevistadas que acudieron a las áreas de consulta externa



Fuente: cuadro 2

CUADRO 3

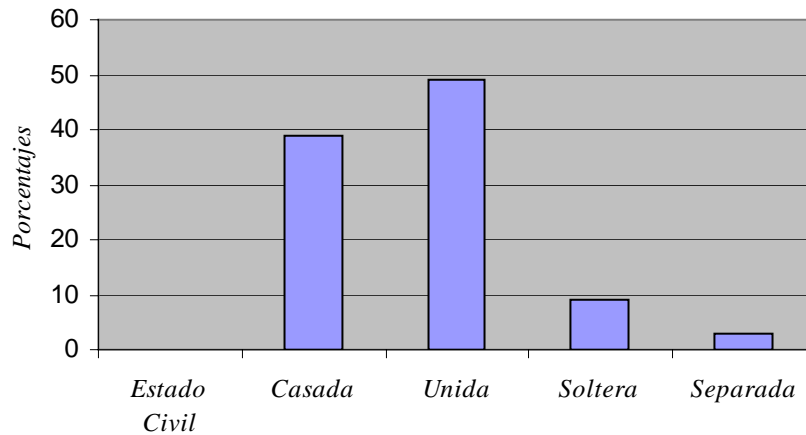
Estado civil de las madres entrevistadas que acudieron a la consulta externa en relacion al uso de los programas de control prenatal y control de niño sano en el periodo de junio-julio de 2002

ESTADO CIVIL	Control prenatal completo/No control de crecimiento y desarrollo		Control de niño sano completo/No control prenatal		No control prenatal/No control de niño sano		Si control prenatal /Si control de niño sano		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Casada	45	24%	21	12%	34	18%	84	46%	184	39%
Unida	63	27%	23	10%	71	31%	73	32%	230	49%
Soltera	12	28%	7	17%	14	34%	9	21%	42	9%
Separada	0	0%	0	0%	10	83%	2	17%	12	3%
Total	120	26%	51	11%	129	28%	168	35%	468	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos

GRAFICA 3

Estado Civil de las madres entrevistadas en áreas de consulta externa



Fuente: cuadro 3

CUADRO 4

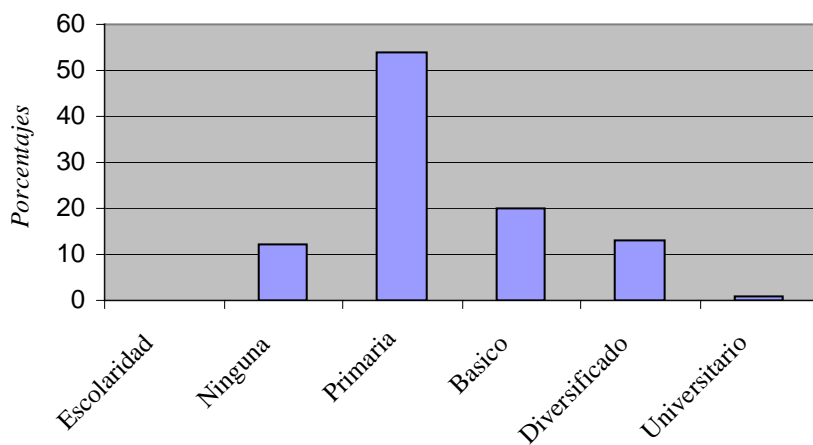
Escolaridad de las madres entrevistadas que acudieron a áreas de consulta externa en relación al uso de los programas de control prenatal y control de niño sano en el período de junio-julio de 2002

ESCOLARIDAD	Control prenatal completo/No control de crecimiento y desarrollo		Control de niño sano completo/ No control prenatal		No control prenatal/No control de niño sano		Si control prenatal /Si control de niño sano		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Ninguna	11	19%	6	11%	26	46%	14	25%	57	12%
Primaria	68	27%	30	12%	74	29%	83	33%	255	54%
Básico	27	29%	13	14%	18	19%	36	38%	94	20%
Diversificado	12	20%	2	3%	11	19%	34	58%	59	13%
Universitarios	2	66%	0	0%	0	0%	1	33%	3	1%
Total	120	100%	51	100%	129	100%	168	100%	468	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos

GRAFICA 4

Escolaridad de las madres entrevistadas en áreas de consulta externa



Fuente: cuadro. 4

CUADRO 5

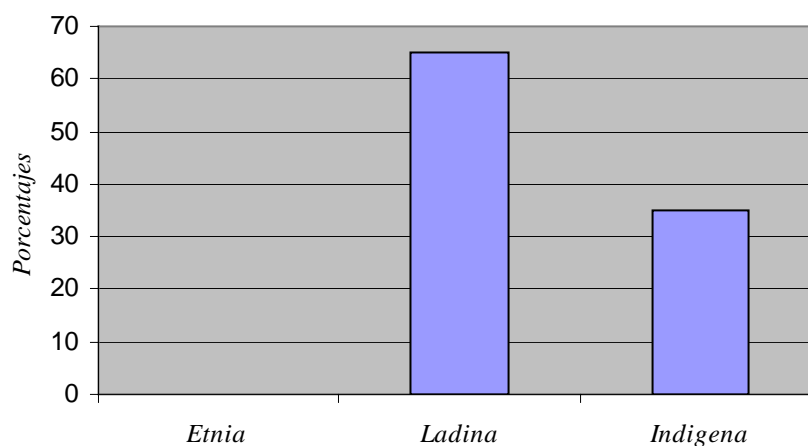
Etnia de las madres que asistieron a las áreas de consulta externa en relación con el uso de los programas de control prenatal y control de niño sano en el periodo comprendido de junio-julio de 2002

ETNIA	Control prenatal completo/No control de crecimiento y desarrollo		Control de niño sano completo/No control prenatal		No control prenatal/No control de niño sano		Si control prenatal /Si control de niño sano		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Ladina	75	63%	35	68%	74	57%	118	70%	302	65%
Indígena	45	37%	16	32%	54	43%	51	30%	166	35%
Total	120	26%	51	11%	128	27%	169	36%	468	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos

GRAFICA 5

Etnia de las madres entrevistadas que asistieron a la consulta externa



Fuente: cuadro 5

CUADRO 6

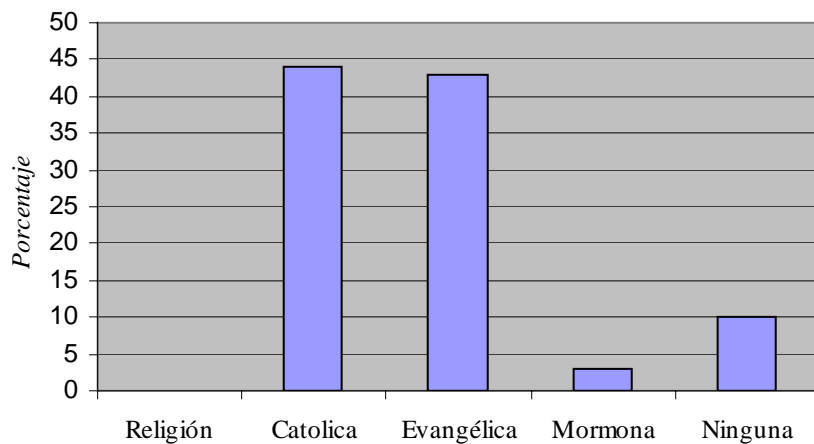
Religión de las madres que acudieron a las áreas de consulta externa en relación al uso de los programas de control prenatal y control de niño sano en el periodo de junio-julio de 2002

RELIGION	Control prenatal completo/No control de crecimiento y desarrollo		Control de niño sano completo/No control prenatal		No control prenatal/No control de niño sano		Si control prenatal /Si control de niño sano		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Evangélica	60	29%	19	9%	56	26%	72	36%	207	44%
Católica	45	23%	26	13%	58	29%	70	35%	199	43%
Mormona	4	2%	2	1%	0	0%	8	4%	14	3%
Ninguna	11	5%	4	2%	15	7%	18	9%	48	10%
Total	120	100%	51	100%	129	100%	168	100%	468	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos

GRAFICA 6

Religión de las madres que acudieron a la consulta externa



Fuente: cuadro 6

CUADRO 7

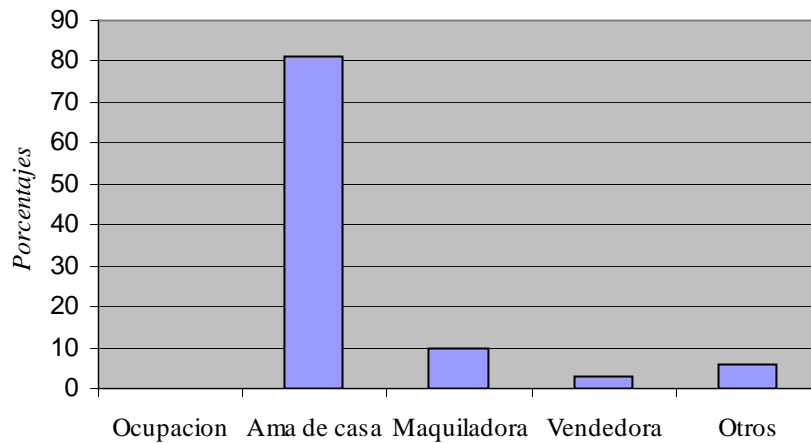
Ocupación de las madres que asistieron a áreas de consulta externa en relación con el uso de los programas de control prenatal y control de niño sano en el periodo de junio-julio de 2002

OCUPACION	Control prenatal completo/No control de crecimiento y desarrollo		Control de niño sano completo/ No control prenatal		No control prenatal/No control de niño sano		Si control prenatal /Si control de niño sano		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Ama de casa	106	28%	39	10%	101	27%	132	35%	378	81%
Maquiladora	7	16%	7	16%	16	35%	15	33%	45	10%
Vendedora	2	12%	3	19%	4	25%	7	44%	16	3%
Otros	5	17%	2	7%	8	28%	14	48%	29	6%
Total	120	100%	51	100%	129	100%	168	100%	468	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos

GRAFICA 7

Ocupación de las madres entrevistadas que asistieron a la consulta externa



Fuente: cuadro 7

CUADRO 8

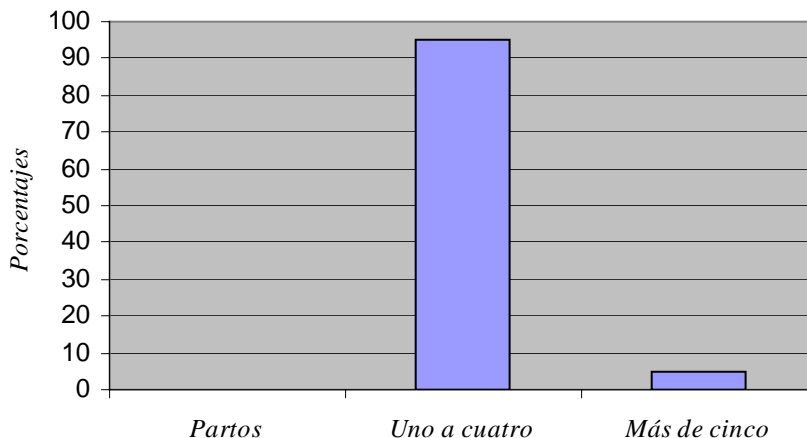
Número de partos de las madres que acudieron a áreas la consulta externa en relación al control prenatal y control de niño sano en el periodo de junio-julio de 2002

<i>No. de Partos</i>	Control prenatal completo/No control de crecimiento y desarrollo		Control de niño sano completo/No control prenatal		No control prenatal/No control de niño sano		Si control prenatal /Si control de niño sano		<i>TOTAL</i>	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Uno	43	26%	17	10%	51	31%	55	33%	166	35%
Dos	53	31%	23	14%	37	22%	56	33%	169	31%
Tres	12	14%	7	8%	23	28%	41	49%	83	18%
Cuatro	7	28%	1	4%	8	32%	9	36%	25	5%
Cinco o más	5	20%	3	12%	10	40%	7	28%	25	5%
Total	120	100%	51	100%	129	100%	168	100%	468	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos

GRAFICA 8

Numero de partos de las Madres que acudieron a la consulta externa



Fuente: cuadro 8

CUADRO 9

Lugares que proporcionaron a las madres los servicios de control prenatal completo independientemente el lugar del control de niño sano en el periodo de junio-julio de 2002*

	CLÍNICA BELEN		CLÍNICA SANTA MARTA		CLÍNICA VERBENA		CLÍNICA TREBOL		CLÍNICA PERIFERICA PRIMERO DE JULIO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Control Prenatal en la misma clínica	22	35%	5	8%	6	10%	8	13%	21	34%	62	37%
IGSS	11	26%	5	12%	7	17%	2	5%	17	40%	42	25%
Aprofan	2	22%	2	22%	1	11%	1	11%	3	34%	9	5%
Médico Particular	3	14%	7	33%	0	0%	3	14%	8	39%	21	13%
Puesto de salud o Centro de salud	5	19%	7	27%	3	12%	6	23%	5	19%	26	15%
Comadrona	0	0%	2	66%	0	0%	1	34%	0	0%	3	2%
Hospitales Nacionales	1	20%	0	0%	1	20%	0	0%	3	60%	5	3%
TOTAL	44	26%	28	17%	18	10%	21	13%	57	34%	168	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos

*:control de niño sano completo

CUADRO 10

Lugares que proporcionaron a las madres los servicios de control de niño sano completo independientemente el lugar del control prenatal en el periodo de junio-julio de 2002*

	CLÍNICA BELEN		CLÍNICA SANTA MARTA		CLÍNICA VERBENA		CLÍNICA TREBOL		CLÍNICA PERIFERICA PRIMERO DE JULIO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Control de crecimiento y desarrollo en la misma Clínica	25	28%	15	17%	8	9%	12	14%	28	32%	88	52%
IGSS	9	23%	4	10%	7	19%	3	8%	15	40%	38	23%
Aprofan	1	25%	0	0%	1	25%	1	25%	1	25%	4	2%
Médico Particular	3	17%	6	33%	0	0%	1	6%	8	44%	18	11%
Puesto de salud o Centro de salud	4	31%	3	23%	1	8%	3	23%	2	15%	13	8%
Hospitales Nacionales	2	29%	0	0%	1	14%	1	14%	3	43%	7	4%
TOTAL	44	26%	28	17%	18	11%	21	12%	57	34%	168	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos

**:control prenatal completo*

CUADRO 11

Lugares que proporcionaron a las madres los servicios de control prenatal o control de niño sano cumpliendo con un solo programa.

	Control prenatal completo/no control de crecimiento y desarrollo		Control de niño sano completo/ no control prenatal	
	#	%	#	%
En la misma Clínica	37	31%	31	61%
IGSS	27	22%	9	17%
Aprofan	9	8%	0	0%
Médico particular	14	12%	3	6%
Puesto de Salud o Centro de Salud	22	18%	7	14%
Hospitales Nacionales	4	3%	1	2%
Comadrona	7	6%	0	0%
TOTAL	120	26%	51	11%

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO 12

Distribución de las madres entrevistadas que asistieron a áreas de consulta externa y su relación con los programas de control prenatal y control de niño sano

	Control prenatal		Control de niño sano	
Control completo	288	62%	219	47%
Incompleto	101	21%	47	10%
Ninguno	79	17%	202	43%
<i>total</i>	468	100%	468	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO 13

Procedencia de las madres que acudieron a las áreas de consulta externa en relación con los programas de control prenatal y control de niño sano

<i>Lugar</i>	Control prenatal completo/No control de crecimiento y desarrollo	Control de niño sano completo/ No control prenatal	No control prenatal/No control de niño sano	Si control prenatal /Si control de niño sano	<i>TOTAL</i>	
<i>Esta capital</i>	57	30	52	107	246	53%
<i>San. marcos</i>	9	2	14	17	42	9%
<i>Mazatenango</i>	11	2	5	7	25	5.3%
<i>Quiché</i>	4	3	7	7	21	4.6%
<i>Jutiapa</i>	8	0	10	1	19	4%
<i>Sacatepequez</i>	0	1	4	9	14	3%
<i>Escuintla</i>	3	2	3	5	13	2.7%
<i>Retahuleu</i>	5	2	1	4	12	2.5%
<i>Huehuetenango</i>	3	1	5	2	11	2.3%
<i>Quetzaltenango</i>	3	0	6	2	11	2.3%
<i>Baja Verapaz</i>	4	1	4	1	10	2.2%
<i>Chimaltenango</i>	2	2	4	2	10	2.2%
<i>Izabal</i>	1	3	3	2	9	1.9%
<i>Sta. Rosa</i>	2	1	2	1	6	1.2%
<i>Alta Verapaz</i>	2	0	3	0	5	1%
<i>Totonicapan</i>	2	1	1	0	4	0.8%
<i>Zacapa</i>	1	0	2	0	3	0.6%
<i>Jalapa</i>	1	0	1	1	3	0.6%
<i>Solola</i>	0	0	0	1	1	0.2%
<i>Chiquimulilla</i>	1	0	0	0	1	0.2%
<i>Peten</i>	1	0	0	0	1	0.2%
<i>Chiquimula</i>	0	0	1	0	1	0.2%
<i>total</i>	120	51	128	169	468	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos

VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se demostró ($X^2 =$ nivel de significancia 0.05) que los programas de control de niño sano y control prenatal están asociados, en otras palabras el control de niño sano depende del control prenatal siendo este el mejor momento para iniciar la promoción del programa de niño sano. Las madres que presentaron control prenatal y control de niño sano completo (5 o más consultas) que asistieron a áreas de consulta externa fueron del 36%, un porcentaje bajo por lo que se debe de concientizar a la población sobre estos programas. (Tabla 1)

Un 28% de la población entrevistada no acudió a los servicios de salud para recibir atención prenatal ni de niño sano. Es realmente preocupante que sea un porcentaje alto ya que esto se traduce que la población no recibe la atención mínima durante el periodo de formación del ser humano, que es trascendental debido a que marcará el resto de su vida. (Cuadro 1 y Gráfica 1)

En el grupo de edad de madres que más asiste a áreas de consulta externa fue el comprendido entre 21-30 años con un 64%, del cual un 36% corresponde al grupo de madres que tuvieron ambos programas, un 15% corresponde al rango de 31-40 años, del cual un 47% utilizaron ambos programas, a pesar de que el rango de 21-30 años tiene un porcentaje mayor en asistencia, comparado con el de 31-40 este último cumple en un mayor número con ambos programas. Esto se puede explicar a que a mayor edad surge más preocupación por la salud. Las estrategias de promoción deben de llegar a toda la población no importando la edad. (Cuadro 2 y Gráfica 2)

Un 12 % de la población es la que se convierte en cabeza de familia, que no cuenta con una pareja y que ella es la que vela por su salud. De este 12% el 83% no tuvo la oportunidad de utilizar los servicios de salud. Esto puede estar condicionado por varios factores como lo es que las madres son las que se encargan de llevar el sustento a su familia. (Cuadro 3 y gráfica 3)

Un 54% de la población entrevistada tiene algún grado de educación primaria. Un 12% refirió no haber cursado ningún grado de escolaridad, de esto un 46% no tuvo contacto con los servicios de salud durante la gestación y crecimiento de su hijo. Aquí se demostró claramente que existe una relación entre la escolaridad y el uso de los recursos de salud. Un 1% refirió estar cursando algún semestre o año en la universidad. Es alarmante encontrar estas cifras ya que las madres por dedicarse a su familia o a trabajar se ausentan de las aulas no concluyendo su educación. (Cuadro 4 y gráfica 4)

Un 65% de la población entrevistada es ladina y un 35 por ciento es indígena. De la población que acudió a ambos programas un 69 % corresponde a la población ladina y un 30% a la población indígena, de la población que no acudió a los centros de salud un 43% corresponde a la población indígena. Esto pone en manifiesto que las campañas para la promoción en salud deben de ser dirigidas también a este grupo de la población teniendo en cuenta sus creencias y costumbres. No combatiendo en contra de ellas sino tratar de comprenderlas para que estas personas se sientan cómodas a la hora de asistir a los centros asistenciales. (Cuadro 5 y Gráfica 5)

Se demostró que no existe una clara tendencia hacia una religión en este grupo de personas ya que la religión católica y evangélica cuentan con un 43 y 44% respectivamente, lo que llama la atención es que la religión mormona se presento en un 3% de la población entrevistada, pero tuvo un 57% de su población que cumplió con ambos programas. Este cuadro no evidencia que existe relación entre la religiosidad y el uso de los servicios de salud (Cuadro 6 y Gráfica 6)

Se observó que un 81% de la población total entrevistada corresponden a Amas de casa. Y que un 19% tienen algún trabajo fuera de su hogar, del 81% de las amas de casa el 35% corresponden a madres que acudieron a ambos programas, y el 27 % representa a las madres que no participaron en los programas de control de niño sano y control prenatal. Esto permite afirmar que no existe relación entre ser ama de casa y tener un control prenatal y control de niño sano completos. Por otra parte un 10% de la población se dedica a trabajar en maquilas y únicamente el 33% tuvieron la oportunidad de tener acceso a los servicios de salud completos, esto se puede explicar debido al temor que tiene las madres trabajadoras de perder un día de trabajo ya que

representa que le descuenta ese día, y muchas veces no conocen sus derechos laborales y prefieren acatar lo que dice el patrono. (Cuadro 7 y Gráfica 7)

Un 5% de la población entrevistada corresponde a gran múltipara y que el 95% tienen menos de 5 partos, de esto un 35% corresponde a madres que han tenido únicamente un parto, y solamente el 33 % de esta población acudió a centros asistenciales para la atención de control prenatal y control de niño sano. Se observa que a pesar de tener solo un parto el porcentaje de madres que asistió es bajo podría ser por falta de información, en este momento se le debe de prestar una buena atención a la madre para que en los embarazos futuros ella conozca de la importancia de asistir a sus citas periódicas para el control prenatal y es aquí el mejor momento para que la madre se relacione con el control de niño sano. (Cuadro 8 y Gráfica 8)

Del 36% de la población total entrevistada que cumplió con el control prenatal y control de niño sano completo, el 37% había proporcionado el control prenatal en el mismo centro asistencial, un 25% acudieron al IGSS, y un 3% acudió a los hospitales nacionales. Con respecto a control de crecimiento y desarrollo el 52% proporciono el control en la misma clínica, el IGSS con un 23% y un 4% en los hospitales nacionales. Se observa que el porcentaje que corresponde a hospitales es sumamente bajo lo que a la larga podría traducirse en que en estos centros asistenciales únicamente llevan el control de las personas en riesgo. El IGSS representa un porcentaje similar en ambos controles ya que las personas que están afiliadas tienen más posibilidad de asistir a las consultas. El porcentaje de personas que no llevan el control en el mismo lugar es significativo, podríamos decir que esto se debe a que algunas personas cambian de domicilio y prefieren llevar su control en el lugar que les quede más cerca o que simplemente busca el lugar que mejor les convenga. (Cuadros 9 y 10)

Se observó los Lugares que proporcionaron a las madres los servicios de control prenatal o control de niño sano cumpliendo con un solo programa. Del 26% de la población total en estudio cumplió únicamente con el control prenatal (más de 5 Consultas) del cual el 31% recibió el control en la misma clínica, el 22% en el IGSS. El 11% de la población que recibió control de niño sano, acudieron a la misma clínica un 61%. Y un 17% en el IGSS. (Cuadro 11)

Se evidencio que un 17% del total de las personas entrevistadas no recibió ninguna consulta de control prenatal, un 21% recibió un servicio incompleto (menos de 5 Consultas) y un 62% recibió un control prenatal completo. Se debe de procurar aprovechar todas las oportunidades que se tengan para educar a las madres sobre el control prenatal y hacer lo posible para que este servicio se cumpla al máximo y que las pacientes que se presenten a sus controles se les debe de explicar que debe de ser periódico y que es más benéfico empezar el control lo más tempranamente posible. Es preocupante observar que un 43% de la población entrevistada no utilizó el programa de control de niño sano y un 10% fue incompleto, se debe de dar importancia a este programa ya que si se utilizara debidamente podría mejorar la vida de muchas personas. (Cuadro 12)

El 53% de la población total en estudio proviene de la ciudad capital, representando un total del 22% las madres que tuvieron el control prenatal y control de niño sano. El 47% esta distribuido en el resto de los departamentos del país, pudiendo evidenciar que existe un gran % de migración del interior del país hacia la ciudad capital, esto puede contribuir a que las personas limiten la asistencia a los centros de salud ya que muchas veces desconocen donde debieran de asistir o por no contar con los recursos económicos necesarios prefieren no acudir (Cuadro 13)

IX. CONCLUSIONES

- 1 Se demostró que existe asociación entre control de niño sano y control prenatal. Ambos programas son dependientes entre sí o están asociados.
- 2 Se estableció que un 36% de las madres entrevistadas cumplió con el control prenatal y con el control de niño sano de su hijo, ambos programas con un mínimo de 5 consultas.
- 3 Se demostró que las madres que asisten a áreas de consulta externa un 54% cursaron algún grado de primaria, el 12% de la población manifiesta no haber recibido ningún grado de escolaridad, y solamente un 1% cursa con algún grado universitario del cual el 66% únicamente recibió control prenatal
- 4 De las madres entrevistadas un 47% refieren haber acudido con sus hijos a control de niño sano independientemente de haber llevado control prenatal o no. Un 43% refirió no haber asistido a ninguna consulta, y el 10% tuvo controles incompletos (menos de 5 controles).
- 5 Un 62% de las madres refieren haber tenido control prenatal completo independientemente del haber llevado a control de niño sano a su hijo. Y un 17% refirió no haber asistido a ninguna consulta prenatal.

X. RECOMENDACIONES

1. Informar a la población en general de la importancia del control prenatal y control de niño sano, realizando campañas de promoción, ya sea por radio y volantes. Fomentar la participación de la comunidad, como responsables de su propia salud.
2. Instruir a los promotores o guardianes de salud sobre la importancia del control prenatal y control de niño sano, y que refieran a todas las mujeres embarazadas a los servicios de salud.
3. Que el personal médico involucrado en el control prenatal, eduque a la futura madre en que consiste y en los beneficios del control de niño sano.
4. Aprovechar el momento de la vacunación para informarles a los padres los objetivos del programa de control de niño sano.
5. Mejorar la calidad de los servicios de salud, incluyendo el trato que se les da a las pacientes, ser corteses, comprensivos y afectuosos.
6. Informarle a todas las madres del derecho de recibir atención en salud, teniendo como prioridad a las madres que trabajan principalmente en las maquiladoras

XI. RESUMEN

Se realizó estudio retrospectivo, descriptivo de asociación estadística entre control prenatal y control de niño sano en el departamento de Guatemala, en áreas de consulta externa (Clínica Belén, Clínica Santa Marta, Clínica Verbena, Clínica Trébol, y en el Clínica Periférica Primero de julio) en el periodo comprendido entre junio y julio del 2002.

Se tomó una muestra de 468 madres que acudieron con sus hijos de 1 a 5 años a las áreas de consulta externa. Se utilizó una boleta de recolección de datos en la cual se evaluaron diversos parámetros como lo son datos generales, datos sobre el control prenatal, sobre la paridad de la madre, y sobre el control de niño sano

Se utilizó la fórmula del Chi cuadrado para establecer la asociación. Se concluyó que sí existía relación entre control de niño sano y prenatal, en otras palabras existe dependencia entre sí.

Un 36% de la población que se estudio acudieron a ambos programas y fueron completos. Un 27% no asistió a ningún control, ya sea prenatal o de niño sano

Se recomienda Informar a la población en general de la importancia del control prenatal y control de niño sano, realizando campañas de promoción por radio y volantes. Fomentar la participación de la comunidad, como responsables de su propia salud. Y que el personal médico involucrado en el control prenatal, eduque a la futura madre en que consiste y en los beneficios del control de niño sano.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Brayden, R. *Atención del niño sano*
<http://www.boystownpediatrics.org>
2. Consejos de salud. Control de niño sano; megasalud
<http://megasalud.net>
3. Chua, C. Oportunidades perdidas en la atención integral del niño: una experiencia hospitalaria Guatemala Pediatría. 1998. Enero-marzo; vol 29 (no. 1) 17-19
4. Cunningham F. et al Williams Obstetricia. 20 ed. Buenos Aires. Interamericana. 1998. 1,352.
5. Díaz A.G.et al. Sistema Informático Perinatal.CLAP Centroamericano de Perinatología y Desarrollo Humano.Washington: OPS/OMS, 1993. 198p (Publicación Científica OPS/OMS del CLAP No.1203)
6. Faúndez, A. Control Prenatal. En: . Pérez S.A., et al Obstetricia, Segunda Edición Santiago: Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. 1992. Capítulo 12 -, página 156-167,.
7. Fondo de las naciones unidas para la infancia. Estado mundial de la Infancia 2001, atención de los niños=atención de la mujer. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Informe sobre Desarrollo Humano 2000, Ediciones Mundi-Prensa, Madrid, 2001
8. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia 2001, desarrollo de la primera infancia. 2001 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Informe sobre Desarrollo Humano 2000, Ediciones Mundi-Prensa, Madrid, 2001

9. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Iniciativa por una maternidad sin riesgos, Programming for Safe Motherhood, Nueva York, 1997
10. Galimberti, D. El control prenatal debe ser: precoz, periódico y completo. Buena salud. Buenos Aires.2002 marzo
11. Gandi C. et al. Control Prenatal: Evaluación de los requisitos básicos recomendados para disminuir el daño perinatal. Archivos Argentinos de Pediatría.1997. Vol 95 (No.1): 17-21 p.
12. Hospital del Pedregal, Control de niño sano.
<http://www.pepsline.com>
13. Marquillas J. B. et al Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents. Arlington, National Center for Education in Maternal and Child Health, 1994.
14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. más que ausencia de enfermedades; la salud en Guatemala. Guatemala, 1992
15. Nelson, Waldo e et al Tratado de Pediatría 15 ed. Barcelona: Interamericana, 1997. 2 tomos. 2595 p
16. Organización Panamericana de la Salud. Crecimiento y desarrollo del niño. Serie paltex para ejecutores de programas de salud. 1992 23-57p.
17. Safemother hood, Mortalidad materna
<http://www.safemotherhood.org/facts-and-figures/spanish/s-maternal-mortality.html>.
18. Safemother hood, Maternidad sin riesgos un asunto de los derechos humanos y de la justicia social
<http://www.safemotherhood.org/facts-and-figures/spanish/s-human-rights.html>

19. Safemother hood, Servicios de salud materna de buena calidad
<http://www.safemotherhood.org/facts-and-figures/spanish/s-maternal-health.htm>.
20. Situación general de salud y sus tendencia Guatemala.
<http://www.ocenf.org>
21. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Programa de Medicina Familiar. Instructivo de la evaluación de desarrollo integral del niño, Guatemala, 1999.
22. Unti, S. M. Et at Cuidados del lactante. Clínicas Pediátricas de Norteamérica, vol. 5. 1994 (879-891)
23. Universidad Metropolitana Venezolana. Interacción temprana madre-bebe
<http://www.unimet.edu.ve/investigacion/cendif/paginas/metodo1.html>

XIII. ANEXOS

EVALUACION DEL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO (EDIN)(anexo II)

FASE	MOTORA GRUESA	MOTORA FINA	COGNOSCITIVA	LENGUAJE	SOCIO-AFECTIVA	HABITOS DE SALUD Y NUTRICION	EDAD DEL NIÑO
AÑOS 5-6	<input type="checkbox"/> Salta abriendo y cerrando las piernas	<input type="checkbox"/> Apaña con una mano una bolsita de arroz	<input type="checkbox"/> Puede contar de 7 a 10 objetos	<input type="checkbox"/> Usa los verbos en pasado, presente y futuro	<input type="checkbox"/> Participa en actividades de grupo	<input type="checkbox"/> No se orina en la cama por las noches	
4-5	<input type="checkbox"/> salta hacia atrás por imitación	<input type="checkbox"/> toca con el pulgar los demás dedos de la mano	<input type="checkbox"/> Dibuja una figura humana con 4 partes	<input type="checkbox"/> Emplea verbos en pasado	<input type="checkbox"/> Gusta de juegos competitivos	<input type="checkbox"/> Cepilla sus dientes sin ayuda	
3-4	<input type="checkbox"/> Salta sobre un pie dos o más veces	<input type="checkbox"/> Construye puentes con 3 cubos	<input type="checkbox"/> Dice si un objeto es blando o duro	<input type="checkbox"/> Oración de 6 a 7 palabras	<input type="checkbox"/> Dice su sexo	<input type="checkbox"/> Se lava y seca la cara solo	
2.5-3	<input type="checkbox"/> Se mantiene de pie con los talones juntos	<input type="checkbox"/> Ensarta cuentas en un cordón	<input type="checkbox"/> Coloca un cubo encima y debajo de un objeto	<input type="checkbox"/> Usa algunos plurales	<input type="checkbox"/> Dice su nombre	<input type="checkbox"/> Avisa cuando quiere orinar o defecar	
2-2.5	<input type="checkbox"/> Se para en un solo pie con ayuda	<input type="checkbox"/> Construye torre de 4-6 cubos por imitación	<input type="checkbox"/> Señala 3 partes del cuerpo	<input type="checkbox"/> Construye frases	<input type="checkbox"/> Comparte juegos y juguetes. <input type="checkbox"/> Reconoce su nombre cuando lo escucha	<input type="checkbox"/> Colabora cuando se baña	

FASE	MOTORA GRUESA	MOTORA FINA	COGNOSCITIVA	LENGUAJE	SOCIO-AFECTIVA	HABITOS DE SALUD Y NUTRICION	EDAD DEL NIÑO
1.5-2	<input type="checkbox"/> Acostado boca arriba se pone de pie sin apoyarse	<input type="checkbox"/> Construye torre de 2-3 cubos por imitación	<input type="checkbox"/> Busca objetos escondido por el examinador(sin que el niño haya visto donde)	<input type="checkbox"/> Sigue dos ordenes consecutivas	<input type="checkbox"/> Hace berrinche cuando no se le da lo que quiere	<input type="checkbox"/> Indica en forma verbal o no verbal que su pañal esta sucio	
1-1.5	<input type="checkbox"/> Da unos pasos solo	<input type="checkbox"/> Hace garabatos tomando lápiz con toda la mano	<input type="checkbox"/> Recupera objetos escondidos bajo su pañal y taza	<input type="checkbox"/> Dice 2-6 palabras	<input type="checkbox"/> Juega solo. <input type="checkbox"/> Reconoce a los familiares	<input type="checkbox"/> Trata de usar la cuchara para comer	

EVALUACION DEL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO (EDIN)

FASE	MOTORA GRUESA	MOTORA FINA	COGNOSCITIVA	LENGUAJE	SOCIO-AFECTIVA	HABITOS DE SALUD Y NUTRICION	EDAD DEL NIÑO
MESES 11-12	<input type="checkbox"/> se pone de pie apoyándose	<input type="checkbox"/> Mete y saca cubos de una taza	<input type="checkbox"/> Desenvuelve la bola	<input type="checkbox"/> Dice algunas palabras cortas	<input type="checkbox"/> Acepta y entrega la bola	<input type="checkbox"/> Bebe en taza derramando poco	
10-11	<input type="checkbox"/> Camina sostenido de una mano	<input type="checkbox"/> Golpea un cubo contra otro	<input type="checkbox"/> Retiene dos cubos en la mano al darle otro	<input type="checkbox"/> Al escuchar la palabra adiós hace adiós con la mano	<input type="checkbox"/> Se enoja cuando tratan de quitarle un juguete	<input type="checkbox"/> Duerme 7 o más horas en la noche sin interrupción	
9-10	<input type="checkbox"/> Gatea	<input type="checkbox"/> Coge cuerda con dos dedos	<input type="checkbox"/> Jala el pañal para alcanzar un objeto	<input type="checkbox"/> Responde a ordenes simples acompañadas de gestos	<input type="checkbox"/> Repite actividad al celebrar su actuación	<input type="checkbox"/> Intenta usar cuchara y plato	
8-9	<input type="checkbox"/> Pasa de sentado a posición de gateo	<input type="checkbox"/> Toma un dulce con el pulgar y el índice	<input type="checkbox"/> Quita pañal y toma la bola escondida ante su vista	<input type="checkbox"/> Suspende actividad cuando se le dice no!	<input type="checkbox"/> Reacciona ante su imagen en el espejo	<input type="checkbox"/> Demuestra preferencia o rechazo por alimentos	
7-8	<input type="checkbox"/> Se para brevemente sostenido de manos	<input type="checkbox"/> Toma gomita entre pulgar y el índice y medio	<input type="checkbox"/> Busca objetos escondidos frente a él	<input type="checkbox"/> Usa gestos para comunicar sus deseos	<input type="checkbox"/> Cambia de actitud cuando llegan extraños	<input type="checkbox"/> Come del plato con sus dedos	

FASE	MOTORA GRUESA	MOTORA FINA	COGNOSCITIVA	LENGUAJE	SOCIO-AFECTIVA	HABITOS DE SALUD Y NUTRICION	EDAD DEL NIÑO
6-7	<input type="checkbox"/> Se sienta sin apoyo por breves minutos	<input type="checkbox"/> Toma gomita con pulgar y otros dedos	<input type="checkbox"/> Recupera sonajero que se le cae de la mano	<input type="checkbox"/> Combina sílabas: ma-ma, ta-ta	<input type="checkbox"/> Disfruta jugando al escondido	<input type="checkbox"/> Sostiene pan, galletas y los lleva a la boca	
5-6	<input type="checkbox"/> Da vuelta de boca abajo a boca arriba	<input type="checkbox"/> Coge el objeto que se le pone frente a él	<input type="checkbox"/> Sigue con la mirada momentáneamente los objetos que caen	<input type="checkbox"/> Emite sonidos mientras juega solo	<input type="checkbox"/> Explora la carea de la madre con la vista y manos	<input type="checkbox"/> Empieza a masticar alimentos	
4-5	<input type="checkbox"/> Sentado con apoyo cabeza firme	<input type="checkbox"/> Intenta coger los objetos sin lograrlo	<input type="checkbox"/> Observa un objeto antes de meterlo a la boca	<input type="checkbox"/> Emite sonidos repetidamente "p", "m", "S", "o"	<input type="checkbox"/> Se ríe a carcajadas cuando juega con otra persona	<input type="checkbox"/> Acepta semisolidos	
3-4	<input type="checkbox"/> Se vuelve parcialmente	<input type="checkbox"/> Mantiene las manos abiertas	<input type="checkbox"/> Sigue con mirada bola que se desplaza en movimientos circulares	<input type="checkbox"/> Emite sonidos vocales "a," "e", "u",	<input type="checkbox"/> Mira sus manos juega con ellas y las lleva a la boca	<input type="checkbox"/> Se alimenta con leche	
2-3	<input type="checkbox"/> Al sentarlo, cabeza erecta unos segundos	<input type="checkbox"/> Rasca los objetos que toca	<input type="checkbox"/> Mueve cabeza en busca de sonido	<input type="checkbox"/> Responde con balbuceos en situaciones placenteras	<input type="checkbox"/> Sonrisa social	<input type="checkbox"/> Se alimenta con leche exclusivamente	

FASE	MOTORA GRUESA	MOTORA FINA	COGNOSCITIVA	LENGUAJE	SOCIO-AFECTIVA	HABITOS DE SALUD Y NUTRICION	EDAD DEL NIÑO
1-2	<input type="checkbox"/> Boca abajo alza barbilla y mueve cabeza hacia los lados	<input type="checkbox"/> Aprieta fuerte un objeto y luego lo deja caer	<input type="checkbox"/> Sigue objetos con la mirada	<input type="checkbox"/> Emite sonidos	<input type="checkbox"/> Rostro poco expresivo	<input type="checkbox"/> Se alimenta con leche	
0-1	<input type="checkbox"/> Succión, presión palmar, plantar, marcha autónoma, moro	<input type="checkbox"/> Manos fuertemente cerradas	<input type="checkbox"/> Fija mirada en sonajero	<input type="checkbox"/> Busca sonido	<input type="checkbox"/> Se calma al alzarlo y hablarle	<input type="checkbox"/> Se alimenta con leche exclusivamente	

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Medicas
Unidad de Tesis

Responsable: M. Patricia Obando Barraza
Clínica _____

Boleta de Recolección de Datos

Correlación Estadística entre control prenatal y control de niño sano en áreas de consulta externa.

INCISO “A” Datos generales de la madre

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 1. Edad _____ | 2. Ocupación _____ |
| 3. Escolaridad _____ | 4. Estado civil _____ |
| 5. Etnia _____ | 6. Religión _____ |
| 7. procedencia _____ | |

INCISO “B” Datos sobre el control prenatal

8. Llevo control prenatal con el niño que trae a consulta _____
9. Numero de consultas que tuvo de control prenatal _____
10. Donde llevo el control prenatal _____
11. Quien fue la persona encargada de atenderla en su control prenatal

INCISO “C” Datos sobre antecedentes gineco-obstetricos

12. Numero de gestas _____
13. Numero de partos _____
14. Numero de hijos vivos _____
15. Orden de nacimiento del niño que trae a consulta _____

INCISO “D” Datos sobre el control de niño sano

16. Llevo control de niño sano, con el niño que trae a consulta _____
17. A cuantas consultas de niño sano llevo a su hijo _____
18. Donde llevo el control de niño sano de este niño _____
19. Quien le informo del programa de niño sano _____

