

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRACTICAS DEL PERSONAL
DE SALUD DE SUCHITEPEQUEZ SOBRE CONTROL
PRENATAL

Estudio descriptivo realizado en el Departamento de
Suchitepéquez, durante los meses de Abril y Mayo
de 1993.

TESIS

Presentada
a la
Honorable Junta Directiva
de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

ALEJANDRO GIOVANNI SANDOVAL SANDOVAL

En el Acto de Investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Junio de 1993.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 21 de junio
DP-0

de 1993

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: BACHILLER ALEJANDRO GIOVANNI SANDOVAL
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
SANDOVAL Carnet No. 87-12652
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

"CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRACTICAS DEL PERSONAL DE SALUD DE SUCHITEPEQUEZ

SOBRE CONTROL PRENATAL"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

Renaio Umaña
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 3148

Asesor
Firma y sello personal

[Signature]
Firma del estudiante

[Signature]
Revisor
Firma y sello

Registro Personal 16,15

Dr. José M. Granado Escobar
MEDICO Y CIRUJANO
COL. No. 6703

D4
-05

T(7079) EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

H A C E C O N S T A R Q U E :

El Bachiller: ALEJANDRO GIOVANNI SANDOVAL SANDOVAL

Carnet Universitario No. 87-12652

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

"CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL DE SALUD DE SUCHITEPEQUEZ SOBRE CONTROL PRENATAL"

Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente

ORDEN DE IMPRESION :

Guatemala, 21 de junio de 1993

Dr. Edgar R. De León Barillas
Por Unidad de Tesis



Dr. Raúl A. Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud

I M P R I M A S E :



Jafeth Ernesto Cabrera Franco
D E C A N O

INDICE

	Páginas
I. INTRODUCCION	01
II. DEFINICION DEL PROBLEMA	02
III. JUSTIFICACION	03
IV. OBJETIVOS	04
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	05
VI. METODOLOGIA	06
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS SOBRE LOS CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE SALUD	19
VIII. ANALISIS Y COMENTARIOS	28
IX. PRESENTACION DE RESULTADOS, ANALISIS Y COMENTARIOS SOBRE LAS ACTITUDES Y PRACTICAS DEL PERSONAL DE SALUD	31
X. CONCLUSIONES	37
XI. RECOMENDACIONES	38
XII. RESUMEN	39
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	40
XIV. ANEXOS	41

I. INTRODUCCION

Dentro de los programas de medicina preventiva, que contempla el Ministerio de Salu Pública se encuentra el Programa Materno Infantil, con los componenetes: Programa ampleado de Inmunizaciones (P.A.I.), terapia de rehidratación oral (T.R.O.) infecciones respiratorias agudas (I.R.A.); parte importante y básica a lo anterior lo constituye el Control Prenatal. Se señala la importancia que el impulso a la calidad de la atención tiene en los diferentes programas, acordes a la política de salud establecidas. El Control Prenatal como programa se ha relegado a un segundo plano y actualmente no se le presta la atención necesaria, las actividades correspondientes al mismo se brindan a la población de una forma irregular. Se pudo establecer en la presente investigación, que el personal encargado de sprestar estos servicios lo realiza en una forma inadecuada, existiendo desconocimiento o falta de aplicación de las normas de atención del programa establecido, insidiendo muchas veces en actitudes negativas de quien brinda el servicio con quien lo recibe.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La protección a la salud es un derecho de todo pueblo, la O.M.S. ha propuesto la meta "Salud para todos en el año 2000"(13,15). Existiendo consenso general de que la salud es producto y a la vez determinante, de un proceso global de desarrollo, cuyo fin es el bienestar común, reconociéndose cada vez más la estrecha relación que los indicadores tradicionales de salud, guardan con los factores del contexto socio-económico, hasta llegar a considerarlos como índices de desarrollo social, resulta urgente por lo tanto establecer mecanismos propios para evaluar, monitoriar y planificar las estrategias de salud, conducentes a proporcionar un mejoramiento de la salud de todos los guatemaltecos (1,7).

Hasta el día de hoy no está documentado, el resultado de evaluaciones anteriores realizados al personal operativo que brinda servicios en los diferentes centros y puestos de salud de Suchitúpequez, en cuanto a las actividades de control prenatal, resulta por lo tanto indispensable establecer de acuerdo a las normas de atención de salud materno infantil establecidas por el Ministerio de Salud Pública el grado de conocimiento y aplicación de las mismas, específicamente en lo que respecta al Control Prenatal, como parte fundamental en la atención integral de la mujer.

La investigación hace también el análisis de las actitudes y prácticas, sobre el control del embarazo, con la finalidad de proponer las modificaciones necesarias aún niveles general para asegurar un mayor resultado, en la calidad de la atención de los servicios.

III. JUSTIFICACION

Los países en desarrollo, como es el caso de Guatemala, han sido en múltiples ocasiones, motivo de estudio buscando la causa o razón de la amplia problemática que presenta tanto en los aspectos sociales, culturales, políticos como económicos, siendo los problemas de salud las cifras más impactantes en la mayoría de los casos; en esa mencionada búsqueda de causa y razones, además del determinante socioeconómico, otros factores condicionantes lo constituyen la deficiencia en los aspectos educativos y la falta de recursos humanos y materiales, para la aplicación de programas adecuados a la problemática básica de salud.

Las justificaciones son obvias, el 46% de nuestra población está constituida por menores de 15 años, el 23% por mujeres en edad reproductiva, por lo tanto dos terceras partes de nuestra población está constituida por el grupo Materno-Infantil. A esta variable demográfica podemos agregar, el hecho de que constituye el grupo humano más expuesto a los riesgos de enfermar y morir (7); la problemática toma otra dimensión si a esto le agregamos que en 1987 el 64% de la población nacional vivía en condiciones de extrema pobreza y que la tasa de analfabetismo es del 52%, hasta un 60% en el sexo femenino; la mortalidad infantil se estima en 60 por cada mil nacidos vivos (7). Por otra parte la oferta de los servicios públicos es limitada y deficiente, particularmente en el área rural, la cobertura del control prenatal para 1990 fue del 34.4% con una crisis económica que ha contribuido a su deterioro sobre todo en los campos de educación y salud (7). Difícil sería por tanto cuestionar la importancia y la urgencia de una evaluación del personal de salud principalmente en el área materna.

D. INMUNIZACION

A toda mujer embarazada se le debe indagar sobre la inmunización previa con toxoide tetánico y sus refuerzos cada 5 años si no a presentado vacunación previa, se dará la primera dosis de toxoide (0.5 ml intramuscular) preferentemente después del tercer mes de embarazo, y a un intervalo de 6 semanas la segunda dosis. Si posee esquema completo con un refuerzo si hace menos de 5 años que no se vacuna, si el refuerzo fue puesto hace más de 5 años se le dará refuerzo durante el embarazo que se atiende. (3,8,9,11)

IV. OBJETIVOS

General

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que posee el personal de salud del Departamento de Suchitepequez sobre el control prenatal.

Específicos

- 1.- Determinar los conocimientos y actitudes del personal de salud sobre el control prenatal.
- 2.- Identificar las prácticas que realiza el personal de salud para el desarrollo de un buen control materno.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. FISILOGIA DEL EMBARAZO

El embarazo provoca cambios fisiológicos en todos los sistemas del organismo, la mayoría de los cuales vuelven a la normalidad tras el parto. (3,9).

1. Fisiologia Cardiovascular

El volumen minuto aumenta del 30% al 50% a partir de la sexta semana de embarazo; el máximo aumento aparece entre la 16 y la 28 semana. El volumen minuto permanece elevado hasta después de la 30 semana y luego puede disminuir ligeramente porque el útero agrandado obstruye la vena cava. Durante el parto, el volumen minuto aumenta otro 30%. Tras el parto, el útero se contrae y el volumen minuto disminuye hasta quedar en el 15% al 25% por encima del valor normal; luego declina lentamente en las 3-4 semanas siguientes, y alrededor de la 6 semana tras el parto, vuelve al nivel normal que estaba antes del embarazo. El aumento del volumen minuto se acompaña de un aumento de la frecuencia cardíaca, de 10 a 15 pulsaciones por minuto, con aumento proporcional del volumen sistólico. Durante el segundo trimestre, la presión arterial suele disminuir dado que la circulación útero-placentaria aumenta; y en el tercer trimestre, puede volver a la normalidad. (3,9)

Probablemente, la elevación del volumen minuto se debe a cambios en la circulación uteroplacentaria. A medida que la placenta y el feto se van desarrollando, el útero requiere mayor flujo sanguíneo. A termino el flujo sanguíneo del útero es aproximadamente 1 litro por minuto o el 20% del volumen normal. Puesto que el volumen de la circulación uteroplacentaria también sufre notable incremento, se requiere más sangre. (3,9)

La circulación hiperdinámica del embarazo aumenta la frecuencia de los soplos funcionales y acentúa los ruidos cardíacos. El examen radiográfico o el ECG pueden revelar el desplazamiento del corazón hacia una posición horizontal, rotado a la izquierda, con un aumento del diámetro transversal. Durante el embarazo son frecuentes las extrasistoles auriculares y ventriculares. Todos estos cambios deben de ser considerados normales, con el fin de evitar un diagnóstico erróneo de enfermedad cardíaca; normalmente pueden controlarse al tranquilizar a la paciente. (9,11,12)

El volumen sanguíneo aumenta proporcionalmente con el volumen minuto, pero el aumento del volumen plasmático es mayor (alrededor del 50%) que el aumento de la masa de hematies (aproximadamente 25%) y la hemoglobina puede estar disminuida, por efecto de la dilución; desde 13,3 g. a 12,1 g. (3,9)

El recuento de leucocitos que normalmente es de 5,000 a 7,000/mm³ aumenta ligeramente hasta 9,000 a 12,000/mm³ siendo desconocido el motivo del aumento. Durante el parto y los primeros días postparto, hay leucocitosis que puede llegar hasta cifras de 25,000/mm³ o más. (3,9)

Los requerimientos de hierro aumentan hasta aproximadamente 1 gr. durante el embarazo. El feto y la placenta utilizan alrededor de 300 mg. de hierro, y la masa aumentada de hemátias requiere 500 mg. adicionales. La excreción supone unos 200 mg. Por lo que es necesario un tratamiento a base de suplementos de hierro, ya que la mayoría de las mujeres los depósitos de hierro son de 300 a 500 mg. La cantidad absorbida a través de la dieta, junto a la absorbida del hierro almacenado, suele ser insuficiente para hacer frente a la demanda del embarazo. Los requerimientos de hierro son mayores durante la segunda mitad del embarazo. Por lo tanto, los suplementos de hierro resultan útiles durante el embarazo, pudiéndose usar sales de hierro que proporcionen 30 mg. diarios; si hay anemia se recomienda de 60 a 90 mg. diarios. (9,11,14)

2. Fisiología renal

Los cambios en la función renal son paralelos a los de la función cardíaca. El índice de filtración glomerular aumenta del 30 al 50 %, con un pico entre la 16 y la 24 semana del embarazo; permanece en este nivel hasta cerca del término, momento en el que disminuye ligeramente a causa de la estasis posicional debido a la presión sobre la vena Cava. Como consecuencia, aumenta el flujo plasmático renal, los uréteres se dilatan notablemente debido a la presión del útero grávido sobre ellos y a las influencias hormonales (sobre todo la progesterona). Este aumento de la función renal disminuye el nitrógeno uréico, en general hasta menor de 10 mg/dl y, de forma concomitante, los niveles de creatinina descienden hasta 0.7 mg/dl. (3,5)

Durante el embarazo, la función renal al igual que la cardíaca, responde en gran medida a la postura. Normalmente, la función renal está aumentada en decubito supino y disminuye en posición de pie; esta diferencia se acentúa en el embarazo. Además la función renal y la cardíaca sufren un incremento acusado en decubito lateral ya que, en decubito supino, el peso del útero sobre los grandes vasos provoca estasis en las extremidades inferiores. Este aumento es una de las razones por las que la mujer embarazada necesita orinar frecuentemente cuando trata de dormir. (4,5,9)

3. Fisiología Pulmonar

Los cambios en la función pulmonar durante el embarazo se deben, en parte, al estímulo hormonal de la progesterona y en

parte, a los problemas posicionales producidos por el útero agrandado. Aumentan: El volumen de ventilación, la frecuencia respiratoria, el volumen por minuto, el pH plasmático y el consumo de oxígeno; mientras que disminuyen: El volumen de reserva inspiratorio, el volumen residual, la capacidad residual y la PCO_2 . La capacidad vital y la PO_2 no varían, la circunferencia torácica aumenta unos 10 cm. (3,9)

4. Fisiología Gastrointestinal y Hepatobiliar

A medida que avanza el embarazo puede aparecer estreñimiento debido a la presión del útero sobre el recto y la porción inferior del colon. Además, la movilidad gastrointestinal disminuye a causa de los elevados niveles de progesterona que relajan el músculo liso. Es común la presencia de pirosis y eructos, probablemente debido al retraso en el vaciado gástrico y a la relajación del esfínter gastroesofágico, lo que provoca reflujo del contenido del estómago; la relajación del Hiato del diafragma contribuye a ello. Sin embargo, la enfermedad ulcerosa péptica es rara durante el embarazo y a menudo, mejoran las úlceras preexistentes ya que la producción de ácido clorhídrico disminuye. La incidencia de colecistopatías está ligeramente aumentada, y las mujeres que han estado embarazadas presentan más problemas vesiculares que las nulíparas. (4,5,14)

5. Fisiología Endocrina

El embarazo altera la función de la mayoría de las glándulas endócrinas, en parte a causa de que la mayoría de las hormonas circulan ligadas a las proteínas, y la unión de estas aumenta durante el embarazo. La función tiroidea cambia notablemente, las pruebas tiroideas indican un aumento en su función, similar a la del hipertiroidismo (taquicardia, respiración excesiva, inestabilidad emocional y aumento de la glándula). Sin embargo, sólo hay un verdadero hipertiroidismo en el 0.08 % de los embarazos. Los niveles de hormonas suprarrenales aumentan, lo cual quizá provoque las estrias cutáneas rosadas y contribuyan al edema. (4,5,9)

Los niveles aumentados de glucocorticoides, estrógenos y progesterona modifican notablemente el metabolismo de la glucosa y aumentan la necesidad de insulina junto con el estrés del embarazo y seguramente, el nivel aumentado del lactógeno placentario. (4,5)

6. Fisiología de la Piel

El cloasma (máscara del embarazo) consiste en una pigmentación parda de la frente y las eminencias malares. Comúnmente hay un aumento de la pigmentación de la areola mamaria y un oscurecimiento de la línea media del abdomen. La incidencia de angiomas en araña y de dilatación de los capilares de pared delgada está aumentada: (3,4,9)

B. CONTROL PRENATAL

1. OBJETIVO

El objetivo de los cuidados prenatales es asegurarse que todo embarazo deseado culmine en un niño sano sin deterioro de la salud de la madre. (9)

Es imprescindible que el médico que asume la responsabilidad de la asistencia prenatal esté muy familiarizado con los cambios que entran dentro de la normalidad así como con las anomalías impuestas por el embarazo. (3,9)

Una buena asistencia prenatal es imprescindible para conseguir el objetivo antes citado, es decir, la obtención de un feto sano a partir de una madre sana. Una mala asistencia prenatal puede ser peor que no hacer nada en absoluto. Con demasiada frecuencia proporciona a la madre una sensación de seguridad sin suficientes garantías, lo cual da lugar a que el paciente ignore signos y síntomas que, de seguir sus propios impulsos, le hubiera inducido a la búsqueda de un consejo con toda urgencia. El embarazo tiene que considerarse a priori como normal. Por desgracia, la gran variedad y complejidad de los cambios funcionales y anatómicos inducidos por la gestación determinan que algunos autores tiendan a catalogar el embarazo como una enfermedad. Por ejemplo, una concentración de hemoglobina de 10.5 g/dl es excesivamente baja para una mujer no embarazada, no así si está en el segundo trimestre de embarazo. (4,11)

2. Duración normal del embarazo

Se considera que el embarazo dura 266 días desde el momento de la concepción y 280 días desde el primer día de la última menstruación si los ciclos son regulares y de 28 días. La regla de Naegele establece la fecha probable del parto restando 3 meses al primer día de la última menstruación y añadiéndole 7 días. Este cálculo sólo es aproximado; el 10 % o menos de los casos iniciarán el parto el día indicado, pero en el 50 % el parto ocurrirá dentro de la misma semana y del 74 al 88 % iniciaran el parto 2 semanas alrededor de esa fecha por lo que habría que explicar a las mujeres que la fecha probable del parto se considera más o menos 2 semanas, por lo que un parto 2 semanas antes o más tarde es normal. (3,9,11)

3. Exploración inicial

La asistencia prenatal deberá iniciarse tan pronto como exista una probabilidad de embarazo razonable. Idealmente todas las mujeres deberían explorarse entre la sexta y la octava semana del embarazo, es decir, cuando la menstruación se ha retrasado

de 2 a 4 semanas; de esta forma, puede estimarse enseguida la duración del embarazo y determinarse la fecha probable de parto con mayor exactitud. (3,9,11)

Los objetivos principales de esta exploración son:

- 1) Definir el estado de salud de la madre y el feto.
- 2) Determinar la edad gestacional.
- 3) Iniciar un plan para continuar la asistencia obstétrica.

4. Historia

La anamnesis de una mujer embarazada es idéntica a la de un paciente cualquiera, aunque existen algunos datos a los que se les debe dar una mayor atención, como lo es la historia menstrual y el uso de anticonceptivos esteroideos antes del embarazo; se investigará la colocación anterior de un dispositivo intrauterino, ya que su presencia in útero agrava determinadas complicaciones del embarazo. (8,9,11,12)

5. Examen físico

La primera visita debería incluir una exploración física completa incluyendo el peso, la altura y la presión arterial, la palpación del cuello y de la glándula tiroides, auscultación del corazón y de los pulmones, exploración de las mamas, el abdomen y las extremidades; idealmente también debería explorarse el fondo de ojo, no se debe olvidar el examen de la dentadura y el arreglo de los dientes careados. (8,11,12)

En esta primera visita también debería incluirse una exploración ginecológica completa, con obtención de una extensión para el examen citológico del cuello uterino y exploración bimanual y rectovaginal para la determinación de la configuración del útero y la normalidad de los anexos. La capacidad pélvica puede obtenerse intentando tocar el promontorio sacro con el dedo medio en la vagina; si la distancia hasta el promontorio sacro es mayor de 11.5 cm. desde la parte inferior de la sínfisis, casi con seguridad la entrada de la pelvis es adecuada. Debería estimarse la distancia entre las espinas y el isquión; se considera normal una distancia de 9 cm. o más, la longitud de los ligamentos sacroespinosos debería estimarse para juzgar la profundidad de la pelvis; se considera normal de 4 a 5 cm. Raras veces está indicada la pelvimetría mediante radiología. (8,9,11,12)

Las pruebas de laboratorio que se le realizaran a toda embarazada son los siguientes: Hematología, VDRL, grupo sanguíneo y RH, VIH (en caso se sospeche SIDA), Torcha (en caso se sospeche toxoplasmosis). (8,9,11)

6. Visitas de seguimiento

Estas se llevarán a cabo con intervalos de 4 semanas hasta la 32 semana del embarazo, posteriormente cada 2 semanas hasta la 36 semana, y luego cada semana hasta el parto. (3,9,11)

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el Plan Nacional de Salud Materno Infantil 92 - 96 recomienda en lo posible un mínimo de 5 consultas prenatales en las cuales se deben desarrollar ciertas actividades como mínimo las cuales se resumen en el cuadro No. 1. (8)

En cada visita se registran el peso y la presión arterial de la mujer, así como el tamaño y la forma del útero, determinados para saber si el crecimiento y la progresión son normales para la edad gestacional y por medio de las maniobras de Leopold determinar posición, situación y presentación fetal. Los tonos cardíacos fetales pueden oírse entre la 10 y la 12 semana por medio del Doppler.

A partir de la semana 18 pueden auscultarse con estetoscopio y deben contabilizarse en cada visita. (3,8,9,11,12)

CUADRO No. 1
ACTIVIDADES EN LAS CONSULTAS

ACTIVIDADES	CONSULTAS				
	1a	2a	3a	4a	5a
Cálculo de la amenorrea	*	*	*	*	*
Medición del peso	*	*	*	*	*
Determinación de la presión arterial	*	*	*	*	*
Evaluación del crecimiento fetal	*	*	*	*	*
Evaluación de riesgo	*	*	*	*	*
Administración de hierro y ac. fólico	*	*	*	*	*
Contenidos educativos	*	*	*	*	*
Diagnóstico de vida fetal		*	*	*	*
Diagnóstico de número de fetos			*	*	*
Eva. de la cantidad del liq. amniótico			*	*	*
Examen de orina	*	*	*		
Diagnóstico de presentación fetal			*	*	*
Detección de diabetes gestacional	*			*	
Detección de sífilis	*			*	
Determinación de hemoglobina	*		*		
Vacunación antitetánica		*	*		
Anamnesis	*				
Examen clínico general	*				
Medición de la talla	*				
Examen ginecológico	*				
Diagnóstico de embarazo	*				
Determinación del grupo sanguíneo y Rh	*				
Evaluación de la pelvis	*				
Examen odontológico	*				

7. Vigilancia Prenatal

En cada visita sucesiva se establecerá la pauta para identificar el buen curso de la madre y el feto. En este sentido es especialmente importante cierta información obtenida por el interrogatorio y la exploración. (5,8,9,11,14)

7.1 Información fetal

- 1.- Frecuencia cardíaca fetal.
- 2.- Tamaño actual del feto y cambios producidos.
- 3.- Cantidad de líquido amniótico.
- 4.- Presentación y situación (embarazo avanzado).
- 5.- Actividad fetal.

7.2 Información materna

- 1.- Presión sanguínea actual y cambios producidos.
- 2.- Peso actual y cambios producidos.
- 3.- Síntomas, incluyendo cefaleas, alteraciones de la visión, dolor abdominal, náuseas y vómitos, hemorragias, salida de líquido vaginal, disuria.
- 4.- Distancia desde la sínfisis al fondo del útero.
- 5.- Exploración vaginal al final del embarazo, cuidadosamente realizada, a menudo proporciona información valiosa como la siguiente:
 - a) Confirmación de la parte presentada.
 - b) Posición de la parte presentada.
 - c) Medición clínica de la pelvis y reconocimiento de su configuración general.
 - d) Consistencia, borraramiento y dilatación del cuello. La exploración vaginal deberá realizarse con cuidado para evitar que se rompan las membranas o se desprenda la placenta baja no diagnosticada, lo que provocaría una grave hemorragia. (5,9,11)

8. Pruebas de laboratorio posteriores

Si las pruebas de laboratorio iniciales fueron normales no es necesario repetir la mayor parte de las determinaciones. Pero se recomienda de ser posible que cada trimestre se valore el hematocrito o por lo menos un control a la 34 semana de gestación. Puede efectuarse un nuevo cultivo cervical en busca de gonorrea en la semana 36 del embarazo. (3,4,8,9)

El resto de pruebas de laboratorio sólo deben efectuarse cuando los síntomas y signos clínicos orienten a una patología, por ejemplo diabetes o preclampsia. (3,4,8,9,11)

El aumento de peso durante el embarazo tiene que ser de 9 a 13 kg. (19.8 a 28.6 lb.) o bien de 0.9 a 1.3 kg/mes de embarazo. (8,9,11)

9. Alimentación durante el embarazo

A la dieta diaria de la mujer deben añadirse unas 250 kilocalorías para proporcionar una nutrición fetal adecuada. A pesar de que la mayoría de estas calorías deben consistir en proteínas, la dieta tiene que estar bien equilibrada, incluyendo frutas y vegetales de la estación. También deben ingerirse cereales libres de azúcar y ricos en fibra. La sal debe emplearse con moderación, evitándose las comidas excesivamente saladas. No se recomienda hacer régimen dietético durante el embarazo, ni siquiera en las pacientes muy obesas; es necesario que haya cierto aumento de peso para el buen desarrollo fetal, y el régimen reduce el aporte de nutrientes al feto. El feto tiene preferencia en la obtención de nutrientes, pero la elección tiene que realizarla a partir de algo que tenga valor. (6,9,11,14)

10. Salud Mental

Se orientará a la madre y a la familia sobre la importancia del deseo y aceptación del embarazo, la atención a la relación familiar y las actividades positivas hacia el embarazo. Que el embarazo no es motivo de alejamiento sexual de la pareja (a menos que existan contraindicaciones), la necesidad de proporcionar cariño y protección al niño que va a venir. Explicarle que el parto es un proceso natural que necesita cuidados médicos adecuados, que el uso de drogas, alcohol o tabaco provoca deterioro cerebral y serios daños pulmonares, por lo que se debe evitar su consumo. (8,11)

Se tomarán en cuenta ciertos aspectos durante el control para la referencia al personal especializado como lo son: El rechazo absoluto de la madre hacia el nuevo ser, manifestaciones de depresión, ansiedad u otros cambios de conducta (irritabilidad, insomnio, pérdida o exageración del apetito, tristeza profunda o ideas de suicidio), dedicándole más tiempo a la madre en la consulta continuando esa labor después del nacimiento del niño/a. (8,11)

C. CRITERIOS PARA IDENTIFICAR EMBARAZO DE ALTO RIESGO

1. Características de la madre:

- Menores de 18 años o mayores de 35 años.
- Bajo o excesivo peso.
- Talla menor de 150 cm.
- Paridad y espacio intergenesico menor de 2 años.

2. Antecedentes Médicos:

- Hipertensión arterial.
- Infección urinaria, glomerulonefritis o síndrome nefrótico
- Diabetes Mellitus.
- Enfermedad de la tiroides.
- Retraso mental, psicosis, neurosis o epilepsia.
- Enfermedades venéreas.
- Tuberculosis, paludismo.
- SIDA.
- Hepatitis.

3. Antecedentes Obstétricos:

- Multiparidad (más de 5 hijos).
- Cesárea anterior.
- Trabajo de parto prolongado (más de 12 horas).
- Embarazo prolongado (más de 42 semanas).
- Aborto.
- Recién nacido anterior con traumatismo durante el parto o anomalías congénitas, premadurez y/o bajo peso.
- Muerte del recién nacido anterior durante la primera semana.

4. Estados morbosos relacionados con el embarazo:

- Toxemia.
- Hemorragia vaginal.
- Embarazo múltiple.
- Situación transversa o presentación podálica después de la semana 36.
- Polihidramnios u oligodramnios.
- Hemoglobina menor de 8 gramos, hematocrito menor de 24.
- Falta o ausencia de movimiento fetal después de 22 semanas
- Rechazo al embarazo.
- Embarazo no deseado.

5. Otros:

- Extrema pobreza.
- Madre analfabeta.
- **Desempleo.**
- Drogadicción.
- Alcoholismo.
- Prostitución.

Según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la presencia de cualquiera de estos criterios debe ser considerado como embarazo de alto riesgo. (8,9,11)

D. INMUNIZACION

A toda mujer embarazada se le debe indagar sobre la inmunización previa con toxoide tetánico y sus refuerzos cada 5 años si no a presentado vacunación previa, se dará la primera dosis de toxoide (0.5 ml intramuscular) preferentemente después del tercer mes de embarazo, y a un intervalo de 6 semanas la segunda dosis. Si posee esquema completo con un refuerzo si hace menos de 5 años que no se vacuna, si el refuerzo fue puesto hace más de 5 años se le dará refuerzo durante el embarazo que se atiende. (3,8,9,11)

VI. METODOLOGIA

A) Tipo de Estudio:

El presente estudio es catalogado como descriptivo, de corte transversal, ya que describirá la forma en que el personal de salud desarrolla sus conocimientos y actitudes sobre el control prenatal.

B) Selección del sujeto de estudio:

El estudio se realizó con el personal que atiende los centros y puestos de salud del departamento de Suchitepéquez.

C) Tamaño de la muestra:

Se tomó una muestra del personal que labora en los centros y puestos de salud (médicos, EPS, enfermeras graduadas y enfermeras auxiliares) que realizan la actividad del control prenatal por medio del método aleatorio simple.

D) Criterio de inclusión y exclusión:

1. Inclusión:

Se tomó al personal de salud que trabaja en los centro y puesto de salud del departamento de Suchitepéquez encargados de la actividad del control prenatal.

2. Exclusión:

Se excluyó a todo el personal que entre sus actividades no se incluye el control prenatal (técnicos en salud rural, conserjes, etc).

E) Variables a estudiar:

Ver anexos.

F) Recursos:

1. Materiales:

- a) Económicos
- b) Físicos: Papel, lapices, lapiceros, borradores sacapuntas, fichas de recolección de datos, máquina de escribir, computadora, calculadora y fichas clínicas (ver anexos).

2. Humanos:

Estudiante investigador, asesor y revisor, personal de los centros y puestos de salud.

G) Plan para la recolección de Datos:

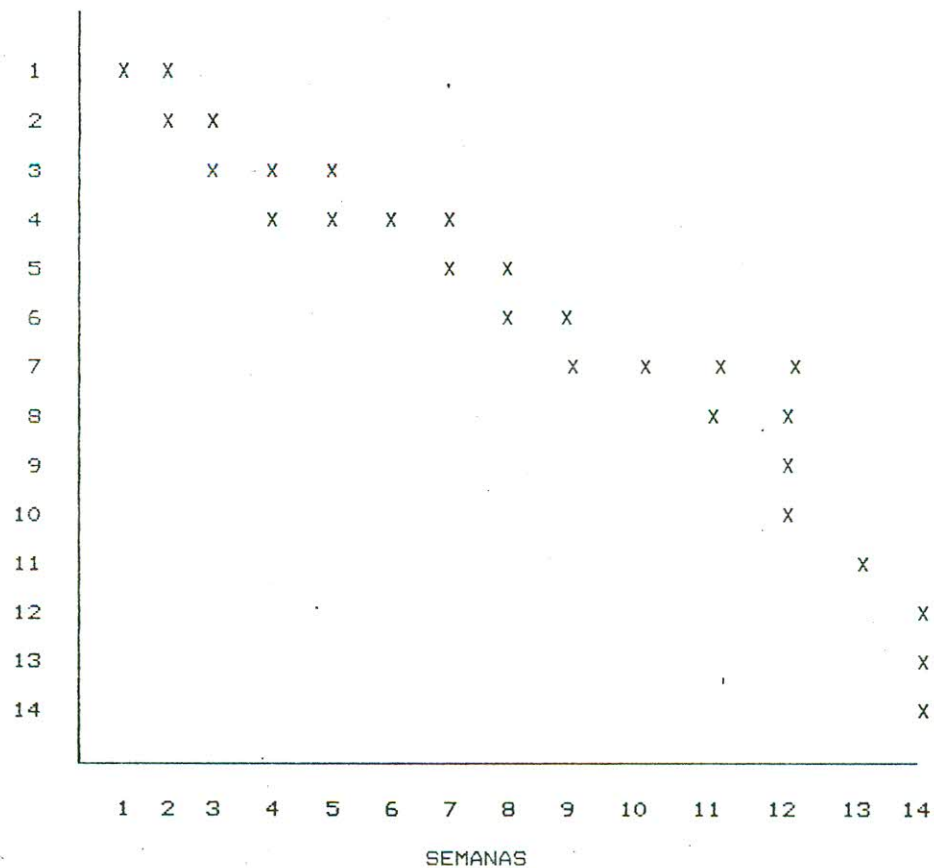
Se han realizado dos boletas para la recolección de datos, una de ellas comprenderá los parámetros evaluativos sobre conocimientos, el cual se le pasó a cada persona que labora en los centros y puestos de salud (ver anexo) que llenen los requisitos de inclusión y exclusión. La otra boleta se llenó a través de la observación directa, los parámetros que comprendió esta, evaluaron las actitudes y actividades que desarrolla el personal en su lugar de trabajo. Para lo cual se solicitó la pertinente autorización de la Jefatura de área de salud de Suchitepéquez. La información resultante fué procesada y analizada, elaborando los cuadros necesarios.

H) Cronograma de actividades:

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección del revisor y asesor.
3. Recopilación del material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con el asesor y revisor.
5. Diseño de los instrumentos que se utilizarán para la recopilación de la información.
6. Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis.
7. Ejecución del trabajo de campo.
8. Procesamiento de datos y elaboración de tablas.
9. Análisis y discusión de resultados.
10. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
11. Presentación del informe final para correcciones.
12. Aprobación del informe final.
13. Impresión del informe final y trámites administrativos.
14. Exámen público de defensa de la tesis.

GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDADES



VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

Se ha escogido para la presentación de resultados, la presentación estadística con cuadros por ser la más completa y clara de entender; se realizó el respectivo análisis e interpretación de cada uno de los cuadros resultantes. En dichos cuadros se incluyó la información de los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud de los centros y puestos respectivamente.

PRESENTACION DE RESULTADOS RESPECTO
DE LOS CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE SALUD
DE SUCHITEPEQUEZ SOBRE CONTROL PRENATAL

CUADRO NO.1.1

Frecuencia en la que consideran que debe efectuarse el Control Prenatal.		
	Médicos	Enfermeras
A) 1 cada 2 meses hasta el parto.	7.6 %	---
B) 1 cada mes hasta el parto.	7.6 %	29 %
C) 1 cada mes hasta la 32 semana luego cada 15 días hasta la semana 36 y luego cada semana hasta el parto.	77.0 %	23 %
D) 1 cada mes hasta los 8 meses y luego 1 cada 15 días hasta el parto.	7.6 %	36 %
E) 1 cada 15 días hasta la 32 semana y luego cada semana hasta el parto.	----	---
En blanco	----	12 %

Fuente: Cuestionario Individual para el personal de salud (Ver Anexo).

CUADRO NO. 1.2

El personal de salud considera que el Control Prenatal debe iniciarse de la siguiente manera.		
	Médicos	Enfermería
A) En la 28 semana.	---	6%
B) En el tercer trimestre	15.5%	11%
C) En el segundo trimestre	---	---
D) En el primer trimestre	69.0%	83%
E) En la 20 semana	15.5%	---

Fuente: Cuestionario individual para el personal de salud
(Ver anexo)

CUADRO NO. 1.3

El aumento de peso de la mujer embarazada debe ser según el personal de salud así.		
	Médicos	Enfermería
A) De 7 a 9 Kg.	7.5%	27.7%
B) De 9 a 13 Kg.	---	5.5%
C) De 13 a 16 Kg.	7.5%	16.6%
D) Todas son correctas	---	16.6%
E) Ninguna es correcta	85.0%	16.6%
En blanco	---	16.6%

Fuente: Cuestionario individual para el personal de salud
(Ver anexo)

CUADRO NO. 1.4

Criterio del personal de salud sobre a que pacientes debe realizarseles V.D.R.L. en el Control Prenatal.		
	Médicos	Enfermería
A) Pacientes con su primer embarazo	8%	11.0%
B) Pacientes de alto riesgo	---	15.5%
C) Pacientes con antecedentes de enfermedades venereas	---	16.6%
D) A ninguna paciente	---	----
E) A todos los pacientes	92%	66.6%

Fuente: Cuestionario individual para el personal de salud
(Ver anexo)

CUADRO 1.5

El personal de salud en la primera consulta prenatal realizaría los siguientes exámenes de laboratorio		
	Médicos	Enfermería
A) Hematología, grupo y RH.	34.4%	27.7%
B) Tiempo de protrombina y recuento de plaquetas.	-----	-----
C) Urocultivo y gravindex	7.6%	-----
D) A) y C) son correctas	53.8%	66.6%
E) Ninguna es correcta	-----	-----
En blanco	-----	5.5%

Fuente: Cuestionario individual para el personal de salud
(Ver anexo)

CUADRO No. 1.6

El personal de salud considera que las dosis de toxoide tétanico que debe aplicarse a una paciente embarazada sin previo esquema de vacunación, se administra en la siguiente edad de gestación.

	Médicos	Enfermería
A) En el tercer trimestre	---	16.6%
B) Después del primer trimestre	76.9%	61.0%
C) Una semana antes del parto	---	-----
D) B) y C) son correctas	15.3%	16.6%
E) Ninguna es correcta	7.6%	-----
En blanco	-----	5.5%

Fuente: Cuestionario individual para el personal de salud
(Ver anexos)

CUADRO No. 1.7

Los siguientes son embarazos de alto riesgo según el personal de salud.

	Médicos	Enfermería
A) Madre menor de 18 años y mayor de 35 años	7.6%	33.3%
B) Embarazo múltiple	7.6%	11.1%
C) Madre analfabeta	---	-----
D) Madre con talla de 1.60 mts.	---	-----
E) A) B) y C) son correctas	84.6%	55.5%

Fuente: Cuestionario individual para el personal de salud
(Ver anexos)

CUADRO No. 1.8

Edad gestacional en la que la madre debe percibir movimientos fetales según el personal de salud.		
	Médicos	Enfermería
A) Tres meses	15.4%	16.6%
B) Cuatro meses	69.2%	55.5%
C) Seis meses	15.4%	16.6%
D) Ocho meses	-----	-----
En blanco	-----	11.1%

Fuente: Cuestionario individual para el personal de salud
(Ver anexos)

CUADRO No. 1.9

Según el personal de salud el vientre materno debe crecer en centímetros a partir de la 20 semana lo siguiente.		
	Médicos	Enfermería
A) 1 pulgada	5.2%	-----
B) 2.5 centímetros	15.3%	5.5%
C) 4 centímetros	-----	33.3%
D) A) y B) son correctas	30.7%	33.3%
E) Ninguna es correcta	15.3%	11.1%
En blanco	15.3%	16.6%

Fuente: Cuestionario individual para el personal de salud
(Ver anexos)

CUADRO No. 1.10

Según el personal de salud los gramos de hemoglobina normales en la mujer embarazada son		
	Médicos	Enfermería
A) 14 a 15 gramos	30.7%	27.7%
B) 11 a 12 gramos	3.2%	38.8%
C) 9 a 11 gramos	46.1%	22.2%
D) Menor de 8 gramos	-----	-----
En blanco	-----	11.1%

Fuente: Cuestionario individual para el personal de salud
(Ver anexo)

CUADRO No. 1.11

El personal de salud recomienda que el suplemento diario de hierro debe ser de		
	Médicos	Enfermería
A) 15 miligramos	----	----
B) 300 miligramos	69.2%	33.3%
C) 3 gramos	-----	-----
D) 30 miligramos	-----	22.2%
E) 150 miligramos	15.3%	16.6%
En blanco	15.3%	27.7%

Fuente: Cuestionario individual para el personal de salud
(Ver anexos)

CUADRO No. 1.12

El cálculo elaborado para una paciente con FUR 28-3-93 para fecha probable de parto según el personal de salud fué

	Médicos	Enfermería
A) 28-12-93	----	5.5%
B) 05-12-93	38.4%	11.1%
C) 05-01-94	61.6%	61.2%
D) 21-12-93	-----	11.1%
E) 28-01-94	-----	-----
En blanco	-----	11.1%

Fuente: Cuestionario individual para el personal de salud
(Ver anexos)

CUADRO No. 1.13

El personal de salud recetaría lo siguiente a una paciente con doce semanas de edad gestacional con un examen de heces positivo para trofozoitos de Entoameba Histolytica

	Médicos	Enfermería
A) Diyodohidroxiquinoleina	-----	-----
B) Metronidazol	-----	-----
C) Timidazol	-----	-----
D) Todas las anteriores	-----	-----
E) Ninguna de las anteriores	92.3%	83.3%
En blanco	7.7%	16.7%

Fuente: Cuestionario individual para el personal de salud
(Ver anexos)

CUADRO No. 1.14

El tratamiento que daría el personal de salud a una paciente con sintomatología de infección urinaria que tiene urocultivo positivo para E.Coli sensible a los antibióticos siguientes es

	Médicos	Enfermería
A) Tetraciclina	----	----
B) Trimetropin Sulfametoxazol	----	33.3%
C) Cloranfenicol	----	----
D) Amoxicilina	100%	55.5%
E) Amikacina	----	5.5%
F) En blanco	----	5.5%

Fuente: Cuestionario individual para el personal de salud
(Ver anexos)

CUADRO No. 1.15

Calificación del personal de salud		
PUNTEO	Médicos	Enfermería
Malo (0-60 puntos)	46%	71%
Regular (60-80 puntos)	54%	29%
Buena (80-100 puntos)	0%	0%

Fuente: Calificación del cuestionario individual
(Ver anexos)

ANALISIS Y COMENTARIOS

Como podemos observar en los cuadros anteriores, los conocimientos que posee el personal de salud sobre el control prenatal evidencia en errores que podrían llegar hasta poner en peligro la vida de la madre y del feto. En el cuadro No. 1.1 se observa que la frecuencia con que deben efectuarse las consultas prenatales, el personal de enfermería presenta una discrepancia marcada y que solo un 23% efectúan adecuadamente dicha frecuencia, pero que un 36% considera que la visita debería de ser una cada mes hasta los 8 meses y luego cada 15 días hasta el parto. Mientras que los médicos, en un 77% manejan adecuadamente dicha frecuencia.

Sobre el inicio del control prenatal Cuadro 1.2 el personal de enfermería recomienda visitar por primera vez al médico durante el primer trimestre de embarazo en un 83% y un 17% consideran que debería ser en otro momento; una distribución similar se observa con los médicos aunque riesgosamente un 15.5% indican que debería iniciarse en el tercer trimestre aunque el 69% de los médicos opinan que es durante el primer trimestre.

El control de peso durante el embarazo es una de las actividades que más atención debería presentarse durante el control prenatal, pero vemos que el personal de salud ignora cuanto debería ser el aumento de peso normal al final del embarazo (cuadro 1.3), llegando al extremo que los médicos en un 85% opinan que un aumento de 17 kilogramos al final del embarazo es normal y ningún médico sabe que el peso normal al final del embarazo es de 9 a 13 kilogramos de lo que se podría deducir que no conocen las consecuencias de la obesidad durante el embarazo y el parto, de igual forma el personal de enfermería ignora este aumento normal ya que solamente un 5.5% contestó correctamente, mientras el resto dan respuestas incorrectas que al igual que los médicos que si se llevara a la práctica dichas consideraciones tendríamos complicaciones serias tanto de la madre como del feto.

Se les preguntó sobre a que paciente se les debe realizar el V.D.R.L. (cuadro 1.4) en el cual los médicos en un 92% se lo realizarían a todas las pacientes, mientras que el personal de enfermería solo un 66% se lo realizaría a todas las pacientes mostrando de nuevo deficiencia en los conocimientos al respecto.

En el cuadro 1.5 sobre el resto de laboratorios que le efectuarían a las pacientes embarazadas, además de la hematología, grupo-RH y gravindex los médicos, en un 53.8%, incluyen el urocultivo el cual de llevarse a cabo como de rutina representaría un gasto innecesario a la institución y a las pacientes embarazadas, aumentado este porcentaje en el personal de enfermería en donde llega hasta un 66.6%, aunque como veremos mas adelante en el cuadro 2.5 el personal de salud no solicita ninguna clase de laboratorios.

Con respecto al manejo de inmunización de la mujer embarazada los médicos en un 76.9% opinan que la aplicación del toxoide tetánico debe ser aplicado después del tercer trimestre (cuadro 1.6), pero un 15.3% indican que también se debe aplicar una semana antes del parto; un mismo criterio es manejado por el personal de enfermería.

Los riesgos que pueda presentar una paciente embarazada son variados, que incluso se han tomado en cuenta aspectos económicos y sociales en que se desarrolla la paciente; en el cuadro 1.7 se le pidió al personal de salud que criterios toman para considerar **alto riesgo a una paciente, para lo cual los médicos en un 84.6%** indican que las madres menores de 18 años y mayores de 35 años, embarazo múltiple y las madres analfabetas son criterios de alto riesgo mientras que el personal de enfermería solo en un 55% consideran estos aspectos y un 33% solo indican que las mujeres menores de 18 años y mayores de 35 años son de alto riesgo, con lo cual se podría estar perdiendo a pacientes embarazadas con algún riesgo sin que el personal de salud lo pueda detectar.

En el cuadro 1.8 con respecto a la percepción de los movimientos fetales por la madre, los médicos en un 69.2% refieren que se inicia en el cuarto mes pero un 15.4% indican que estos podrían iniciar hasta el octavo mes lo que representaría que hay un porcentaje significativo del personal que no detectaría embarazos con algún tipo de riesgo; en un similar porcentaje se encuentra la opinión del personal de enfermería.

En el cuadro 1.9 analizamos que los médicos no saben cuantos centímetros crece el vientre materno por mes a partir de la 20 semana, ya que erróneamente 70% de estos opina que es una pulgada (2.5 cms.) x mes. Mientras que el personal de enfermería solo un 33.3% contesta adecuadamente; esto debería considerarse como una situación de alarma para las autoridades de la salud, ya que demuestra que el personal no está lo suficientemente capacitado para desempeñar la actividad del control materno.

Con respecto a los gramos de hemoglobina normales durante el embarazo, en el cuadro 1.10 volvemos a observar deficiencias en los conocimientos del personal de salud, ya que vemos que solo un 23% de los médicos saben que lo normal es de 11 a 12 gramos y un 42.2% opina que es de 9 a 11 gramos; mientras que el personal de enfermería solo un 38.8% están en lo correcto mientras que un 27.7% refieren que es de 14 a 15 gramos y un 22.2% indican que es de 9 a 11 gramos, de lo que se puede deducir que el manejo de la anemia durante el embarazo no es adecuado, ya que si vemos en el cuadro siguiente (1.11) los médicos ignoran cuanto debe de darse de suplemento de hierro a la mujer embarazada, refiriendo que se les debería de dar 300 miligramos de hierro diaria lo cual representa 10 veces más de lo indicado. De igual forma el personal de enfermería muestra su desconocimiento de la cantidad diaria de dicho suplemento, con solo un 22.2% que contesto adecuadamente.

Durante la evaluación se les pidió que calcularan la fecha probable de parto de una paciente embarazada (cuadro 1.12), observándose que el 61.6% de los médicos pueden calcular dicha fecha mientras un 38.4% no lo saben. De igual forma se observa con el personal de enfermería en el que solo el 61.2% lo puede calcular y el resto no.

Se evaluó al personal de salud sobre el manejo de medicamentos durante el embarazo, para eso se le pusieron 2 ejemplos de pacientes embarazadas (cuadros 1.13 y 1.14), el primero es de una paciente con 12 semanas de embarazo con un examen de heces de rutina que reporta Entamoeba Histolytica, y se les preguntó que tratamiento le darían y el 92.4% de los médicos no les darían tratamiento lo cual es adecuado ya que si no presenta ninguna sintomatología se resolverá el problema al finalizar el embarazo; de igual forma el personal de enfermería en un 83.4% contestó adecuadamente pero un 16.6% no contestó la pregunta.

El segundo ejemplo es de una paciente embarazada con síntomas y signos de una infección urinaria con urocultivo positivo para E.Coli sensible a los medicamentos enumerados en la que los médicos en un 100% contestaron adecuadamente, no pasando así con el personal de enfermería, en donde solo un 55.5% contestaron adecuadamente mientras que el 33.3% refiere que el tratamiento debería ser con trimetropín sulfametoxazol y un 5.5% le daría amikacina, estos últimos productos no recomendados durante el embarazo.

Por último en el cuadro 1.15 se hace una esquematización, si se le diera un puntaje de 0 a 100 al Cuestionario No. 1 en el cual observamos que el 46% de los médicos no están en capacidad de efectuar el control prenatal y un 54% lo están parcialmente. La situación se ve más complicada con el personal de enfermería que el 71% no se encuentra en capacidad para atender a una paciente embarazada y solo un 29% se encuentra parcialmente capacitada.

CUADRO No. 2.1

Personal que atiende en el Control Prenatal.

Actividad	Centro de Salud		Puesto de Salud	
	Médicos	Enfermería	Médicos	Enfermería
Pre-consulta	0%	100%	8%	92%
Consulta	100%	0%	66%	33%
Post-consulta	0%	100%	8%	92%

Fuente: Boleta de evaluación directa al personal de salud
(Ver anexos)

En este cuadro se puede observar que los centros de salud tienen más ordenada la atención de la mujer embarazada, esto se debe a que la cantidad del personal es mayor en los centros que en los puestos de salud. Analizamos que en el 33% de los puestos no existe el personal médico adecuado, por lo que el personal de enfermería lleva a cabo el control prenatal; en algunos lugares hallamos que ni siquiera hay personal paramédico y en este caso el único encargado es el médico E.P.S. (estudiante del último año) y es quien efectúa toda la evaluación de la mujer embarazada.

CUADRO No. 2.2

Actitudes y Prácticas del Personal de Salud durante la sesión preconsulta

ACTIVIDAD	CENTRO DE SALUD				PUESTO DE SALUD			
	Lo realiza		Lo anota		Lo realiza		Lo anota	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Toma la temperatura	25%	75%	75%	25%	0%	100%	25%	75%
Desinfecta el termómetro	25%	75%	---	----	0%	100%	----	---
Pesa al paciente	100%	0%	100%	0%	92%	8%	92%	8%
Mide al paciente	75%	25%	75%	25%	25%	75%	25%	75%

Fuente: Boleta de evaluación directa del personal de salud (Ver anexos)

En las actividades que se desarrollan en la sesión preconsulta hallámos en cuanto a la toma de temperatura, pesar y medir a la paciente embarazada lo siguiente: La toma de temperatura se lleva a cabo en un 25% en los centros de salud y no se efectúa en los puestos de salud, por lo que se detecta la existencia de sub-registros en la ficha, pues no la toman y sin embargo aparece este dato llegando hasta el 75% en los centros de salud; no pasa así con el peso y la talla ya que en el 100% de los centros y el 92% de los puestos se pesan a las pacientes además observamos que los puestos de salud en el 75% no miden a las pacientes.

CUADRO No. 2.3

Actitudes y prácticas del personal de salud durante la sesión de consulta (Historia Clínica)								
Pregunta	CENTRO DE SALUD				PUESTO DE SALUD			
	Lo realiza		Lo anota		Lo realiza		Lo anota	
	SI %	NO %	SI %	NO %	SI %	NO %	SI %	NO %
F.U.R.	100	0	100	0	100	0	100	0
Antecedentes Gineco Obst.	100	0	75	25	100	0	75	25
Antecedentes Familiares	50	50	75	25	8	92	66	34
Antecedentes personales	50	50	50	50	16	84	58	42
Planificación familiar	0	100	0	100	8	92	8	92
Movimientos fetales	100	0	100	0	100	0	100	0
Indica F.P.P.	100	0	50	50	92	8	100	0

Fuente: Boleta de evaluación directa del personal de salud.
(Ver anexos)

Durante el desarrollo de la historia clínica se observó de una manera repetida el sub-registro de datos principalmente acentuada en lo referente a antecedentes familiares, y fecha probable de parto en los cuales no se anotaba en la ficha o como en otros casos no se le preguntaba a la paciente pero mas sin embargo, aparecían anotados, esto se hace mas evidente en los puestos que en los centros de salud.

CUADRO No. 2.4

Actitudes y Prácticas del personal de salud durante la sesión de consulta (examen físico)									
ACTIVIDAD	CENTRO DE SALUD				PUESTO DE SALUD				
	Lo realiza		Lo anota		Lo realiza		Lo anota		
	SI %	NO %	SI %	NO %	SI %	NO %	SI %	NO %	
Explica como se realizará el examen físico	25	75	--	--	58	42	--	--	
Toma el pulso	100	0	100	0	25	75	83	17	
Toma la P. A.	100	0	100	0	100	0	100	0	
Examen de la cabeza	0	100	0	100	0	100	0	100	
Examen del Torax									
Mamas	0	100	0	100	0	100	0	100	
Corazón	75	25	0	100	75	25	33	67	
Pulmones	50	50	0	100	17	83	17	83	
Examen del Abdomen (AU, Leopold, FCF)	100	0	100	0	100	0	100	0	
Examen de M.I.	0	100	0	100	0	100	0	100	
Examen Ginecológico	0	100	0	100	0	100	0	100	
Establece Diagnostico y Tratamiento	100	0	100	0	100	0	100	100	
Establece tipo de riesgo	0	100	0	100	8	92	8	92	

Fuente: Boleta de evaluación directa del personal de salud.
(Ver anexos)

En este cuadro encontramos varias características, como que en los centros de salud los médicos solo en un 25% explican a la madre como se llevará a cabo el examen físico, mientras que en los puestos de salud llega a un 58%. Además logramos establecer que el examen físico pareciera solo estar encaminado a ver como está el embarazo en un 100% sin evaluar a la paciente en general; así podemos ver que nadie examinó la cabeza de los pacientes ni efectuaron exámenes de las mamas, solo examinaron el corazón en un 75%, pero no describen los hallazgos en la ficha, volviendo a caer en el subregistro de datos; igualmente se observa en el examen pulmonar. El examen ginecológico tampoco lo efectúan aduciendo que por la cultura de la población no se le hace a menos que consulte por enfermedad ginecológica, otros indican que por falta de equipo. Además no establecen el tipo de riesgo de la paciente embarazada mucho menos indicarlo a los pacientes.

CUADRO No. 2.5

LABORATORIOS

Laboratorio	CENTRO DE SALUD				PUESTO DE SALUD			
	Lo realiza		Lo anota		Lo realiza		Lo anota	
	SI %	NO %	SI %	NO %	SI %	NO %	SI %	NO %
Hematología	0	100	0	100	0	100	0	100
rupo-RH	0	100	0	100	0	100	0	100
V.D.R.L.	0	100	0	100	0	100	0	100
Orina	0	100	0	100	0	100	0	100
Papanicolau	0	100	0	100	0	100	0	100
Heces	0	100	0	100	0	100	0	100
Gravindex	0	100	0	100	8	92	0	100

Fuente: Boleta de evaluación directa al personal de salud
(Ver anexos)

El cuadro anterior es más que expresivo en sus datos, el personal de salud no utiliza el laboratorio, a menos que sea primera consulta y le manden hacer un gravindex para comprobar el embarazo; cuando se cuestionó por que no dejaban laboratorios todos coincidían nuevamente que la idiosincracia y cultura de la población no se pueden realizar estas actividades, dejando el tratamiento necesario solo por clínica.

CUADRO No. 2.6

Actitudes y prácticas del personal de salud durante la sesión post-consulta.

ACTIVIDAD	CENTRO DE SALUD				PUESTO DE SALUD			
	Lo realiza		Lo anota		Lo realiza		Lo anota	
	SI %	NO %	SI %	NO %	SI %	NO %	SI %	NO %
Uso de medicamentos	100	0	0	100	100	0	0	100
Alimentación	100	0	0	100	100	0	0	100
Lactancia Materna	100	0	0	100	100	0	0	100
Signos de riesgo	100	0	0	100	100	0	0	100

Fuente: Boleta de evaluación directa al personal de salud
(Ver anexos)

Este cuadro que engloba prácticamente el plan educacional dejado por el médico y su reforzamiento por el personal de enfermería observamos que se le indica a la paciente sobre el uso de medicinas, lactancia materna, alimentación y signos de riesgo, pero no dejan por escrito lo efectuado, aduciendo que por el volumen de pacientes que se atienden no da tiempo para transcribirlo en la boleta.

CONCLUSIONES

- 1.- El control prenatal efectuado por el personal de salud de Suchitepéquez es deficiente.
- 2.- Los conocimientos del personal de salud, con respecto al control prenatal se encuentran muy por debajo de lo requerido para un buen control del grupo materno.
- 3.- El personal de salud no realiza las actividades del control prenatal a cabalidad lo cual podría conllevar a no detectar mujeres embarazadas con algún tipo de riesgo que ponga en peligro tanto la vida de la madre como del feto.
- 4.- El subregistro de la información es evidente tanto en puestos como en centros de salud reflejando con ello una problemática que tiene como causa el desconocimiento de las normas materno infantil establecidas y la falta de monitoreo y evaluación sistemática de los servicios de salud del Departamento de Suchitepéquez.
- 5.- Los programas de salud no se encuentran estandarizados a todo el personal, provocando diversidad de puntos de vista que conllevan a un manejo, algunas veces erróneo de la paciente embarazada.
- 6.- El llenado de las historias clínicas es incompleto, anotándose información muchas veces sin averla obtenido del paciente, o en otras oportunidades habiéndola obtenido, no la anota en la respectiva ficha clínica.
- 7.- El examen físico efectuado a la paciente es incompleto, reduciéndose directamente al abdomen (cálculo de altura uterina, maniobras de Leopold y frecuencia cardíaca fetal)
- 8.- A pesar que la mayoría de los distritos de salud del Departamento, cuentan con el recurso del laboratorio, en los servicios entrevistados, ninguno practica los exámenes básicos de laboratorio que están normatizados.

RECOMENDACIONES

Toda recomendación que se pueda emitir de este trabajo será utópica, mientras los sistemas sociales, económicos y políticos que imperan en este país no sean cambiados.

1. - Crear talleres de capacitación para el personal de salud en los aspectos del control prenatal que presentan deficiencia.
2. - Incentivar a que se realicen investigaciones de este tipo en diversos puntos de la república, para readecuar programas segresultados obtenidos.
3. - Concientizar al personal de salud sobre la importancia y beneficios de un control prenatal adecuado, así como los riesgos y consecuencias de una mala práctica.
4. - Evaluar la red de laboratorios en el Departamento, a fin de establecer el tipo de limitantes existentes, que impiden la práctica de los análisis de laboratorio básicos a la embarazada.
5. - Informar a la población del Departamento motivando lo que es y la importancia que tiene el control prenatal que brindan los servicios utilizando los medios de comunicación local, Promotores en salud rural, voluntarios, y comadronas.

RESUMEN

El control prenatal, actividad que desarrolla el personal de salud como parte de los programas enfocados al grupo materno infantil, persigue como objetivo obtener un niño sano sin deterioro de la salud de la madre; programa que es efectuado por el personal de salud siendo necesario evaluar al personal para que dicho objetivo se pueda cumplir a cabalidad. La evaluación fué realizada con el personal que labora en los centros y puestos de salud de Suchitépquez, tomando aspectos básicos sobre los conocimientos que deberían de poseer así como las actitudes y prácticas que realizan en dichos establecimientos; encontrándose que estos aspectos se brindan a la población de una forma irregular, realizando estas actividades en una forma inadecuada que sin lugar a dudas inciden directamente tanto en la salud de la madre como del niño, siendo necesario la modificación de las políticas de los servicios de salud, así como la conducta del personal de salud, para mejorar los servicios enfocados a la mujer embarazada.

A N E X O S

CUESTIONARIO No.1

Entrevistador: _____ Fecha: _____
Centro de salud: _____ Puesto de salud: _____
Nombre del establecimiento: _____
Cargo que ocupa el entrevistado: _____

Instrucciones:

De las siguientes preguntas de selección múltiple subraye la que considere correcta.

1) Con qué frecuencia considera usted que deben realizarse las consultas prenatales?

- a) Una cada dos meses hasta el parto.
- b) Una cada mes hasta el parto.
- c) Una cada mes hasta las 32 semanas, luego una cada 15 días hasta la semana 36, luego una cada semana hasta el parto.
- d) Una cada mes hasta los ocho meses y luego una cada 15 días hasta el parto.
- e) Una cada 15 días hasta la semana 32, luego una cada semana hasta el parto.

2) Cuándo debe iniciarse el control prenatal idealmente?

- a) En la 28 semana.
- b) En el tercer trimestre.
- c) En el segundo trimestre.
- d) En el primer trimestre.
- e) En la 20 semana.

3) El aumento del peso normal de una embarazada al final del embarazo debe ser de?

- a) De 7 a 9 kg.
- b) De 9 a 13 kg.
- c) De 13 a 16 Kg.
- d) Todas son correctas.
- e) Ninguna es correcta.

4) A qué pacientes embarazadas se les debe realizar el VDRL?

- a) Pacientes con su primer embarazo?
- b) Pacientes de alto riesgo.
- c) Pacientes con antecedentes de enfermedades venéreas.
- d) A ninguna paciente.
- e) A todas las pacientes.

5) En los exámenes de laboratorio que Ud. incluiría en la primera consulta del control prenatal se encuentran?

- a) Hematología, grupo y Rh.
- b) Tiempo de protrombina y recuento de plaquetas.
- c) Urocultivo y gravindex.
- d) a) y c) son correctas.
- e) Ninguna es correcta.

6) A qué edad del embarazo debe aplicarse la dosis de toxoide tetánico en un paciente embarazada sin previo esquema de vacunación?

- a) En el tercer trimestre del embarazo.
- b) Después del primer trimestre del embarazo.
- c) Una semana antes del parto.
- d) b) y c) son correctas.
- e) Ninguna es correcta.

7)Cuál de los siguientes se considera embarazo de alto riesgo?

- a) Madre menor de 18 años y mayor de 35 años
- b) Embarazo múltiple.
- c) Madre analfabeta.
- d) Madre con talla de 1.60 cm.
- e) A,b,c son correctas.

8) En que edad del embarazo se espera que perciba movimientos del feto la madre?

- a) 3 meses.
- b) 4 meses.
- c) 6 meses.
- d) 8 meses.

9) Cuantos centímetros crece por mes el vientre materno a partir de la 20 semana?

- a) 1 pulgada
- b) 2.5 centímetros
- c) 4.9 centímetros
- d) a) y b) son correctas.
- e) Ninguna es correcta.

10) Cuántos gramos de hemoglobina es normal encontrar en la mujer embarazada?

- a) 14 a 15 gramos
- b) 11 a 12 gramos
- c) 9 a 11 gramos
- d) < de 8 gramos

11) De cuánto debe ser el suplemento diario de hierro en la mujer embarazada?

- a) 15 mg
- b) 300 mg
- c) 3 g
- d) 30 mg
- e) 150 mg

12) Paciente con fecha de última regla del 28 de Marzo de 1993, su fecha probable de parto es?

- a) 28 - 12 - 93
- b) 05 - 12 - 93
- c) 05 - 01 - 94
- d) 21 - 12 - 93
- e) 28 - 01 - 94

13) En un examen de heces de rutina de una paciente con doce semanas de embarazo reportan trofozoitos de entamoeba histolytica, qué tratamiento le daría Ud.?

- a) Diyodohidroxiquinoleina.
- b) Metronidazol.
- c) Tinidazol.
- d) Todas las anteriores.
- e) Ninguna de las anteriores.

14) Paciente embarazada con signos y síntomas de infección urinaria con un urocultivo que demuestra E. Coli sensible a los siguientes antibióticos, cuál utilizaría Ud.?

- a) Tetraciclina.
- b) Trimetropin sulfametoxazol.
- c) Cloranfenicol.
- d) Amoxicilina.
- e) Amikacina.

PRESENTACION DE RESULTADOS RESPECTO
DE LAS ACTITUDES Y PRACTICAS DEL PERSONAL DE SALUD
DE SUCUITEPEQUEZ SOBRE CONTROL PRENATAL

ACTITUDES Y PRACTICAS DEL PERSONAL DE
SALUD EN EL CONTROL PRENATAL

Fecha: _____

Establecimiento: _____

SESION PRECONSULTA

Persona que atiende: _____

PREGUNTA	RESPUESTA		LO ANOTA EN LA FICHA	
	si	no	si	no
1.- Toma la temperatura al paciente	si	no	si	no
2.- Desinfecta el termometro antes de ponerlo en la boca del paciente	si	no		
3.- Pesa al paciente	si	no	si	no
4.- mide al paciente	si	no	si	no
OBSERVACION _____				

SESION DE CONSULTA

Persona que atiende: _____

5.- Pregunta FUR	si	no	si	no
6.- Antecedentes gineco-obstetricos:				
Gestas	si	no	si	no
Partos	si	no	si	no
abortos	si	no	si	no
Cesareas	si	no	si	no
Hijos vivos	si	no	si	no
Hijos Muertos	si	no	si	no
7.- Antecedentes familiares	si	no	si	no
8.- Antecedentes personales Médicos	si	no	si	no
Traumatidos	si	no	si	no
Quirurgicos	si	no	si	no
9.- Planificación familiar y metodos anticonceptivos	si	no	si	no
10.- Movimientos fetales (embarazo mayor de 4 meses)	si	no	si	no
11.- indica FPP al la madre	si	no	si	no

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. - Adriasola, E. et al Influencia del control prenatal sobre la morbi-mortalidad materna y peri-natal, Boletín de la oficina panamericana, 1977, 83 (5): 443-464, 1977.
2. - Alajdem, Silvio, Obstetrical Practice, Medical Publishers, Inc. St. Louis 1980, 578 págs.
3. - Benson, Ralph, Manual de Ginecología y Obstetricia, Séptima edición, manual moderno SA de CV, México 1987, 808 págs.
4. - Burrow, Gerard N. et al, Medical Complications During Pregnancy, second Edition, Philadelphia, WB Saunders company, 1982, 583 págs
5. - Danforth, David N. , Obstetrics and Gynecology 13 edition, New York, Harper & Row Publishers 1977, 1206 págs.
6. - Dobbing John, Maternal Nutrition in Pregnancy eating for two?, London Academie Press 1981, 182 págs.
7. - Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Plan Nacional Materno Infantil 1992-1996 (objetivos, políticas, metas); 1992, 17 págs.
8. - Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Normas de atención materno infantil, Plan Nacional Materno Infantil 1992 - 1996; 1992, 73 págs.
9. - Pritchard, Jack A, MD et al Obstetricia de Williams, Tercera edición, Salvat Editores S.A., Barcelona 1988, 900 págs.
- 10.- Roystan, Erika et al. Prevención de la Mortalidad Materna, Ginebra, 1991, 245 págs.
- 11.- Schuarcas, Ricardo y col, Obstetricia, Cuarta edición, Buenos Aires, Editorial el Ateneo, 1988, 602 págs.
- 12.- Suros, Juan; Semiología Médica y Técnica Exploratoria, sexta edición, Salvat editores S.A. Barcelona, 1979, 1071 págs.
- 13.- Who: Development of indicadores for monitorin progress Towards health for all by the year 2000, Geneve 1981, H.F.A. Series No. 4
- 14.- Wiggins, Jayne Declue, Childbearing. The C.V. Mosby Company St. Louis 1979, 430 págs.
- 15.- Situación de Salud Materno Infantil, Boletín Epidemiológico de Antioquia, Colombia, 1988, 4: 469-472.